

La coordinación comunitaria fue el tema central de los II Encuentros del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.

El pasado día 20 de mayo de 2000 se celebró en Madrid el II Encuentro del PACAP. La profundización en los mecanismos de coordinación social para la mejora de la salud constituyó el eje de estos Encuentros en los que participaron 76 profesionales procedentes de distintos ámbitos. En consonancia con el carácter multidisciplinar y participativo del Programa se contó con la asistencia de ciudadanos y de profesionales médicos, de enfermería, de trabajo social o de campos como la psicología, la educación o la sociología.

El hecho de elegir como tema de trabajo para estos II Encuentros "la coordinación", responde a la realidad de que las actividades de orientación comunitaria para la mejora de la salud pública requieren, para un correcto y eficaz abordaje, de la acción compartida con otros sectores sociales. Cuestiones como a quién corresponde la iniciativa de la intervención, los problemas concretos que surgen a la hora de trabajar con profesionales de otras disciplinas (otras metodologías, otros enfoques...) o los mecanismos más eficaces para consolidar en el tiempo intervenciones coordinadas, fueron objeto de análisis y discusión a lo largo de la jornada de trabajo.

Esta se inició con la participación en la *Mesa Inaugural* de la Presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Amalia Velázquez, que destacó en su intervención el compromiso de la semFYC con la dimensión comunitaria de la profesión médica. Asimismo, resaltó el papel que profesionales de enfermería y trabajo social tienen en el desarrollo de actividades de orientación comunitaria en los centros de salud. Mario Soler, Coordinador General del PACAP, centró su intervención en el análisis de la primera etapa del Programa que consideró cerrada y en la que se ha consolidado su estructura y anunció la entrada en una segunda fase. En esta, tendrá un peso importante el desarrollo autonómico del mismo con el que se pretende atender a las peculiaridades locales y a las dificultades reales que tiene la puesta en marcha de experiencias de orientación comunitaria. Otra de las líneas estratégicas de desarrollo del PACAP en esta segunda etapa será la elaboración de instrumentos teóricos y metodológicos que faciliten y ayuden a sistematizar el trabajo comunitario de los profesionales sanitarios.

La *Mesa Abierta "La Coordinación Comunitaria"* fue presentada y coordinada por Verónica Casado, miembro del Comité Permanente del PACAP y Presidenta del Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria. Cuatro fueron las ponencias presentadas a esta Mesa: Jaime García Ruiz, maestro de educación compensatoria, presentó la ponencia *"Una experiencia comunitaria en una pequeña comunidad rural en Palo Blanco"*. Esther Zúñiga, enfermera del centro de salud Altamira, de Bilbao, relató la experiencia de coordinación intersectorial para el abordaje de un programa comunitario con adolescentes en su ponencia *"Las instituciones, los profesionales, la comunidad. Contradicciones hoy"*.

La experiencia del Plan Comunitario de Distrito Quinto (A Coruña) fue presentada por José Luis Astray, médico de familia del centro de salud de Labañou. Por su parte, Juan Luis Ruiz Jiménez, médico de familia del Centro de Salud Vicente Soldevilla de Madrid relató la experiencia de coordinación intersectorial que se está llevando a cabo en el Área 1 de Madrid (en esta misma sección se ofrece el texto de estas dos ponencias).

"Coordinación comunitaria e intersectorial como instrumento de una estrategia de promoción de salud en el Área 1 del INSALUD de Madrid".

Resumen de la ponencia.

Juan Luis Ruiz-Giménez. Médico de Familia del Centro de Salud Vicente Soldevilla. Madrid.

La experiencia desarrollada desde el Área 1 se enmarca en las estrategias, definidas en las conferencias internacionales de Alma Ata y de Ottawa, de "Salud para todos para el 2000" y de promoción de la salud. En ambas se insiste en la importancia de tener en cuenta las siguientes líneas: el desarrollo de políticas saludables desde el sector público, el refuerzo de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, la creación de entornos que contribuyan a la salud y la reorientación de los servicios sanitarios.

En España se concreta, entre otras cosas, en el desarrollo de la Reforma de la Atención Primaria y en la Ley de Sanidad de 1986.

En el Área 1 del INSALUD de Madrid en la década de los 90 se ha desarrollado una estrategia de promoción de salud en la que ha sido necesario el compromiso por parte de los políticos, gestores del sistema sanitario, profesionales y ciudadanos.

Las líneas maestras priorizadas han sido:

1. Reforzar la acción comunitaria y contribuir a la creación de un contexto comunitario en salud.

El reforzar la acción comunitaria significa la creación de un contexto comunitario en salud que facilite una mayor responsabilidad y participación de los individuos, familia y comunidad en el cuidado de su salud y en la utilización y gestión de los servicios sanitarios públicos.

El contexto se planteaba como una red amplia y diversa de instrumentos de acción social en salud a propiciar tanto desde la dirección del Área 1 como de cada Centro de Salud en la medida de sus posibilidades.

Se formularon los siguientes criterios de calidad para el desarrollo del trabajo comunitario: información sobre problemas de salud y servicios sanitarios, evaluación de necesidades, problemas de salud y de los servicios sanitarios, movilización de recursos y realización de tareas, intervención en la toma de decisiones y colaboración en la organización de la comunidad.

Se ha desarrollado los instrumentos siguientes: 1) desarrollo de una red de 12 Consejos de Salud en el Área 1; 2) constitución de grupos de trabajo con objetivos concreto por un tiempo limitado, 3) participación en órganos más estables de coordinación sociosanitaria, fundamentalmente con servicios sociales y educativos, para ciertos temas como el programa de salud escolar, del mayor y atención a drogodependientes y 4) contactos sistemáticos con la red de movimientos sociales con los siguientes fines:

- Información a grupos organizados de los distintos movimientos sociales sobre diversos temas de salud y de los servicios sanitarios mediante reuniones con grupos, conferencias y charlas, participación en mesas redondas, jornadas y programas de radio y televisión locales, edición y distribución de folletos o carta informativas, elaboración de carteles.
- Formación sobre temas de salud y sobre servicios sanitarios. Mediante talleres o escuelas de salud de unas 10 horas de duración sobre diversos problemas de salud, autocuidado y servicios sanitarios públicos.
- Análisis de problemas y propuesta de intervención conjuntas sobre temas concretos como salud bucodental, programa de salud escolar, infravivienda y salud, medio

ambiente y salud, diagnóstico de salud de barrio, drogodependencias, programa de atención a personas mayores dependientes, asentamientos marginales, programa Ingreso Madrileño de Integración (IMI), puesta en marcha y seguimiento de Centros de Salud y constitución de consejos de salud.

2. *Desarrollo de habilidades personales: educación para la salud grupal y comunitaria.*

Se priorizaron las siguientes actividades:

- Educación para la salud a grupos en el ámbito de las escuelas de adultos y de los movimientos sociales para aumentar la competencia personal y social en el cuidado de la salud, en los comportamientos saludables y en el conocimiento y utilización de los servicios sanitarios públicos.
- Escuela de agentes dinamizadores de salud para los movimientos sociales.
- Educación para la salud en el ámbito escolar. Con apoyo a profesores y a las asociaciones de madres y padres.
- Educación para la salud con grupos sobre procesos crónicos, estilos de vida y etapas vulnerables.

3. *Reorientación de los servicios sanitarios:* se planteó el implantar el nuevo modelo de Atención Primaria con equipo multiprofesional en el que se llevara a cabo un enfoque promotor de salud y de atención más integral. Esto se concretó en nuestra área con las siguientes peculiaridades:

- Establecer una red profesional motivada, formada en educación para la salud y trabajo comunitario a través de los siguientes instrumentos: un grupo de promoción salud como dinamizador formado por profesionales motivados de los equipos, la constitución de un grupo docente interdisciplinario de 8 profesionales del Área capacitado para la formación en EPS, el desarrollo de un programa docente en metodología de EPS grupal y de intervención comunitaria para todos los equipos y la elaboración y dotación de materiales en educación para salud con grupos.
- Adecuar la estructura de gestión del Área 1 a través de varios mecanismos: líneas directivas desde la Gerencia, la creación de una unidad de EPS en el equipo directivo con responsable, sistema de información y registro, fondos documentales y apoyo al grupo de promoción de salud, la constitución de una red de responsables de EPS en todos los equipos, líneas de incentivación en la cartera de servicios y, por último, la constitución y participación en la red de consejos de salud.
- Extensión y consolidación de una red de Centros de Salud con servicios y actividades de promoción de salud como programas de salud y educación para la salud con grupos, dotados de unidades de apoyo en fisioterapia, matronas, trabajo social y atención odontoestomatológica, en los cuales se lleven a cabo programas de atención integral al niño, salud escolar y al mayor de riesgo y en los que haya salas de uso múltiple y comunitario.
- Favorecer la creación de instrumentos de coordinación sociosanitaria como parte de los programas de intervención: comisiones de coordinación socio-sanitarias (CSS) en el Programa de Atención al mayor de riesgo social, mesas de salud escolar el programa de salud escolar y atención al niño, comisión general de coordinación del proyecto de infancia del distrito de Puente de Vallecas y mesa de coordinación sobre drogodependencias.

Conclusiones:

La valoración general del proceso de coordinación comunitaria e intersectorial ha sido la siguiente:

- 1) El proceso en sí está siendo enriquecedor por su diversidad, creatividad, amplitud y variedad de participes y su capacidad promotora de cambios.
- 2) La coordinación sociosanitaria es un instrumento necesario y eficaz para el desarrollo de la estrategia de promoción de salud y para la superación de la fragmentación de los saberes científicos y técnicos y de los sistemas de atención a los problemas de salud.
- 3) La responsabilidad de la coordinación se debe compartir entre el nivel político, el técnico y el social si bien a mayor poder y capacidad de tomar decisiones mayor compromiso y exigencia en el proceso. Desgraciadamente las tres instancias no han ido armónicas ni han tenido los mismos objetivos explícitos o implícitos.
- 4) Existe escaso desarrollo y formación en la metodología apropiada de coordinación que la facilite y optimice.
- 5) Ha supuesto un esfuerzo y dedicación importante de recursos, en especial de los humanos, de los niveles técnicos y sociales (profesionales de las Instituciones y líderes sociales de las organizaciones sociales) El nivel político ha ido más a remolque y ha mostrado más resistencias.

Las **dificultades** más significativas han sido las siguientes:

En el ámbito político:

- Escaso peso real de la estrategia de promoción de salud y de la coordinación en las políticas prioritarias de los gobernantes.
- Contexto cambiante en las líneas prioritarias y en las personas designadas.
- El protagonismo partidario.

En el ámbito institucional:

- Omnipotencia de las grandes instituciones.
- Protagonismo de una institución sobre otras.
- Desequilibrio en las distintas aportaciones institucionales.
- Gran número de recursos institucionales por coordinarse.
- Disparidad en cuanto a organización y funcionamiento de cada institución.
- La excesiva centralización y jerarquización de la estructura institucional.

En el ámbito técnico - profesional y social:

- Fragilidad cuando depende de la voluntad de las personas.
- Objetivos e intereses latentes contrapuestos.
- Escasas experiencias de coordinación.
- Formación y capacitación deficiente en dinámicas grupales y de coordinación.
- El cambio frecuente de personas con motivación y formación heterogénea.
- No disponer de encuadres de trabajo consensuados.
- Ante los saberes fragmentados lograr un lenguaje común.
- Poder explicitar y resolver los conflictos latentes.
- Compartimentación y desigualdad de roles profesionales.
- La toma de decisiones por consenso.
- Escasa multidisciplinariedad de los equipos de trabajo.
- Responder más a demandas individuales que a necesidades sociales.
- Disparidad en la organización y funcionamiento de los movimientos sociales.
- La discontinuidad en la asistencia y en la tarea.

“La experiencia del Plan Comunitario de Distrito Quinto (A Coruña): la coordinación en un barrio periférico de una ciudad”.

Resumen de la ponencia.

José Luis Astray Coloma. Médico de Familia del Centro de Salud de Lobañou (A Coruña).

El Plan Comunitario del Distrito Quinto de La Coruña nace del Centro de Salud de Lobañou en el año 1990. En un primer momento se coordina con el Centro de Servicios Sociales del distrito y con la Unidad de Drogodependencias de La Coruña para hacer una primera aproximación al Diagnóstico Comunitario. Posteriormente los tres servicios realizan una convocatoria a todo el tejido asociativo y a testigos privilegiados del distrito, y todos juntos constituyen una Comisión Promotora del Plan Comunitario con el objetivo general de contribuir a mejorar la calidad de vida en el distrito.

En el año 1992, tras los I Encuentros del Plan, la iniciativa se traspassa a la propia comunidad, quien crea una Asociación Comunitaria que agrupa a todo el tejido asociativo y a personas en el ámbito individual, y que desde entonces dirige todo el proceso.

El Centro de Salud y el resto de los Servicios del Distrito colaboran desde entonces con el Plan Comunitario, asesoran, promueven intervenciones en relación con la salud, la educación, el empleo, etc. y mantienen una relación normalizada y estable con la comunidad. Las Instituciones y la Administración están también implicadas en el Plan Comunitario desde el inicio.

El Plan Comunitario se basa metodológicamente en la coordinación de todos los recursos del Distrito, incluyendo las Instituciones. Dos son sus características fundamentales: una visión global y multidisciplinar de los problemas y una participación activa de la comunidad. En el momento actual el Plan Comunitario del Distrito Quinto, es un referente muy importante en relación con los procesos de participación que se dan en nuestro país.

Tras la celebración de la Mesa, los asistentes a este II Encuentro participaron activamente en 4 grupos de trabajo que tenían como objetivo general profundizar sobre el tema central del mismo, la coordinación comunitaria, desde una perspectiva interdisciplinar. A continuación se ofrece un amplio resumen de las principales conclusiones a las que se llegó en el plenario llevado a cabo posteriormente y con el que se finalizó la intensa jornada de trabajo.

Conclusiones de los grupos de trabajo realizados en torno al intercambio y análisis de experiencias de coordinación comunitaria.

El primero de los objetivos de los grupos de trabajo era favorecer el **intercambio de experiencias** en relación a proyectos desarrollados por los participantes que hubieran tenido como requisito fundamental la coordinación comunitaria. Cada participante pudo contar brevemente su experiencia en éste tema y en este sentido se pudo observar como existía una gran variabilidad en cuanto a la aproximación a la comunidad y a las metodologías realizadas. Desde aquellos que de una manera intuitiva, e incluso individual habían comenzado a acercarse a la misma y establecer diálogo y contactos, a grupos de profesionales que partiendo de una formación previa específica, de distinta procedencia, (Grupo A.P.O.C., Marco Marchioni, Marie Langer, Escuela de Perugia) utilizaban una metodología más estructurada, con instrumentos propios de cada modelo. Las experiencias también eran de lo más variado, desde fiestas de la salud, a proyectos de desarrollo comunitario, intervenciones con adolescentes o mujeres desde la perspectiva de los malestares cotidianos, trabajos con asociaciones de usuarios, grupos de autoayuda, etc.

El segundo objetivo del trabajo de grupo era reflexionar sobre los obstáculos y **dificultades de la coordinación** comunitaria. En este caso la lluvia de ideas de los participantes fue muy prolífica y espontánea. Con respecto a las dificultades desde el punto de vista institucional, se

resaltó la falta de voluntad política y de apoyo institucional para realizar actividades comunitarias. Este tipo de actividades no están incluidas en la cartera de servicios y por tanto no son reconocidas como una actividad más en los centros de salud. Se necesitaría integrar lo comunitario en el trabajo cotidiano de los Equipos de Atención Primaria. Por otra parte, desde el punto de vista profesional existe una clara dificultad para saber y conceptualizar la participación o el trabajo comunitario, derivada directamente de la falta de formación de los profesionales de atención primaria en este campo. Existe también miedo a perder el poder y una cierta omnipotencia profesional. Se desconocen las otras instituciones y cómo está organizada y representada la comunidad en la que se trabaja sobre todo en el ámbito urbano y además el lenguaje utilizado por cada sector es distinto. También se echan de menos más recursos didácticos en los centros de salud y la queja respecto a la falta de tiempo y la incompatibilidad horaria en relación a la población es prácticamente constante.

El tercer objetivo fue identificar los **factores facilitadores** que existen en el marco de la atención primaria de salud para realizar actividades comunitarias, tomando como elemento central la coordinación comunitaria. Dos factores fueron destacados por todos los grupos: el primero de ellos sería la horizontalidad, dado que en atención primaria estamos ubicados en la comunidad, en paralelo con los centros educativos y sociales, asociaciones de vecinos, grupos de ayuda mutua y ayuntamientos. El segundo factor hace referencia al modelo de atención bio-psico social que fundamenta el trabajo en atención primaria y que permite observar la realidad desde distintos puntos de vista. Teniendo en cuenta estos dos factores podemos establecer un diálogo con la comunidad, realizar una escucha activa y llegar a un diagnóstico común.

Como último objetivo el grupo de trabajo, tanto de definir **estrategias de coordinación** comunitaria. Desde el punto de vista institucional se destacó la necesidad de apoyo y reconocimiento y en ese sentido debería estar en la cartera de servicios. En el ámbito profesional es necesaria la formación a través de publicaciones, libros y, sobre todo, cursos y sesiones docentes. Asimismo, es necesario un cambio de actitud para socializar y compartir la información y así difundir la cultura de promoción de la salud. En relación a la comunidad sería necesario la creación de espacios de encuentro interasociativo.

Como **conclusiones finales** de los grupos de trabajo en relación a la coordinación comunitaria se destacaron las siguientes:

1. Las **bases conceptuales** de cualquier modelo de coordinación comunitaria deberían incluir los siguientes elementos: complementariedad, horizontalidad, intersectorialidad, sectorización, cesión del protagonismo a la población, dimensión socio-psico-biológica y continuidad en el tiempo.
2. Para el desarrollo de actividades comunitarias que tengan como elemento nuclear la coordinación comunitaria se necesitan crear **estructuras de coordinación**, tales como consejos de salud, comisiones socio-sanitarias, grupos gestores o promotores de la coordinación comunitaria. Se destacó que no importaría tanto el nombre, sino la necesidad de que exista un espacio y tiempo de reunión intersectorial donde se puede desarrollar y ejecutar la coordinación.
3. En relación al **método** se habló de la importancia de realizar un diagnóstico comunitario y se resaltó la importancia de utilizar técnicas de tipo cualitativo (testigos privilegiados, informantes claves, grupos de discusión, etc.) que permiten la escucha y la detección de las necesidades reales de la población.
4. Con respecto a la **evaluación** se destacó la necesidad de que fuera un proceso continuo de investigación-acción y de que incluya tanto información de tipo cuantitativo como cualitativo.