

Cómo iniciar un proceso de participación comunitaria desde el centro de salud.

A continuación se ofrece un amplio resumen de las *“1 Recomendaciones del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria”*, editadas en 2003 por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Las *recomendaciones* han sido elaboradas por un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por el médico de familia Luis Astray Coloma y compuesto por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social y psicología.

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.

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.

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, o dicho de otra manera, **no es posible la promoción de salud sin la participación comunitaria.**

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.

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.

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.

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.

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.

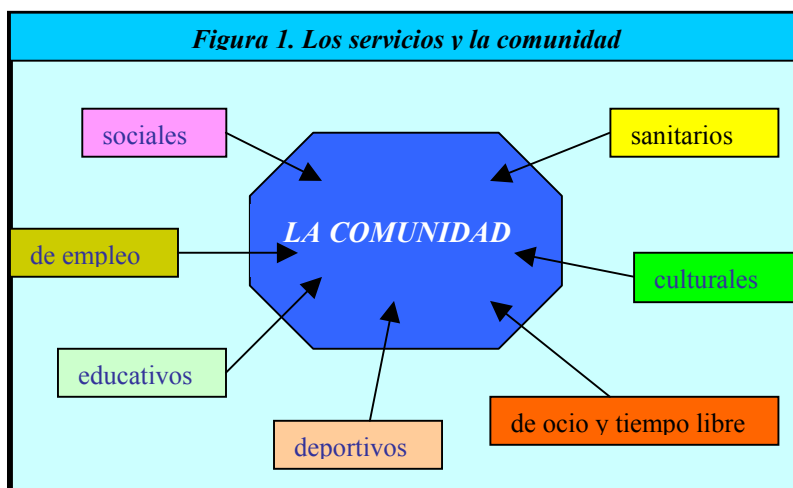
Los otros recursos presentes en la comunidad, educativos, sociales, culturales, de ocio, etc., pueden tener incluso un papel más relevante que el centro de salud para un proceso de participación comunitaria.

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.

- Algunos temas de interés comunitario**
- Educación
 - Empleo
 - Salud
 - Vivienda
 - Medioambiente
 - Inmigración
 - Ocio y tiempo libre
 - Relaciones sociales
 - Seguridad ciudadana

***E*l 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.



El centro de salud no es el centro de la comunidad, sino únicamente un recurso mas, 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. (figura 1)

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”.

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 1)

Tabla 1. Estrategias de participación comunitaria

	<i>Estrategia centrada en el centro de salud</i>	<i>Estrategia centrada en la comunidad</i>
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

¿Quiénes son los protagonistas y de quién la iniciativa?

Tres son los protagonistas en un proceso de participación comunitaria:

- **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, centros de planificación familiar, técnicos de salud pública, centros de recursos educativos, gabinetes de apoyo escolar, etc.
- **El tejido asociativo y los ciudadanos** en general. Son 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.

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

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. 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.

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 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.

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 connivencia, 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 connivencia (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.

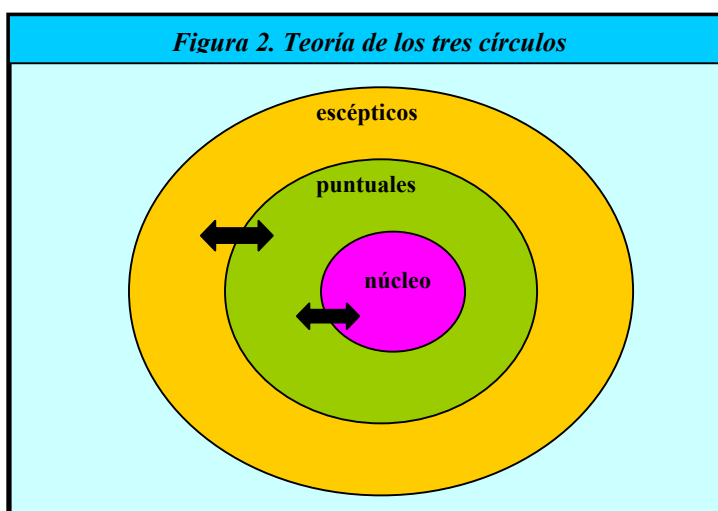
Constitución de un grupo de trabajo

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.

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.

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 2).

- Unos pocos, dos o tres personas, estarán entusiasmados con la idea y serán el núcleo central, los que llevarán el peso inicial del proceso.
- Por fuera de estos, habrá otros compañeros que estarán dispuestos a colaborar puntualmente, en esta 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.



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.

El papel de la dirección o coordinación del centro de salud es importante, aunque no tiene porqué pertenecer al núcleo de la iniciativa. Sí 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 2 se propone un ejemplo de "acuerdo-tipo" al que puede llegar en esta primera fase el equipo de salud.

Tabla 2: Acuerdo-tipo del centro de salud

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.
- A 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 fuente 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 el diagnóstico de salud, ni mucho menos el diagnóstico comunitario, sino de realizar un primer documento con los datos más elementales, descripción del territorio, datos demográficos, de ocupación, problemas que se detectan desde el centro de salud, etc.

Mas adelante, será la propia comunidad, incluyendo al centro de salud y al resto de los servicios del territorio, la que tendrá que realizar el diagnóstico comunitario, incluyendo tanto información de tipo cuantitativo como cualitativo.

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”, “microdiagnóstico” o diagnóstico de aproximación que no debería sobrepasar las 10-15 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 mas 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. 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.
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 protagonismo 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.

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

Las personas que estén interesadas en el documento “I Recomendaciones del PACAP. Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud” pueden solicitarlo a:

Secretaría del PACAP. Arriola 4, Bajo D. 18001 Granada
Tlf y fax: 958 208923
E mail: pacap@samfyc.es