

«Abriendo puertas»

La promoción de la salud desde un proceso de intervención y participación comunitaria

Para contactar con el grupo:
Nieves Martínez Cía
E-mail:
nievesmc35@enfermundi.com

Autores:

Nieves Martínez Cía. Enfermera. Centro de Salud de Las Remudas. Telde (Gran Canaria).
Componente del Grupo Técnico de Coordinación Las Remudas-La Pardilla
Antonio Santana Miranda. Trabajador Social. Responsable del Programa «El Patio.
Los centros educativos como recurso comunitario». Fundación Canaria de Juventud IDEO.
Dirección General de Juventud del Gobierno de Canarias.
Componente del Grupo Técnico de Coordinación Las Remudas-La Pardilla.

A través de este artículo trataremos de exponer de forma sintética el desarrollo del proyecto «Abriendo puertas», enmarcado en un proceso de intervención comunitaria y participación ciudadana que se desarrolla en los barrios de Las Remudas y La Pardilla, en el municipio de Telde, en la isla de Gran Canaria. A lo largo del mismo se abordan distintos aspectos directa o indirectamente relacionados con el proyecto, con el ánimo de transmitir la ilusión que está suponiendo afrontar diversas situaciones problema con una metodología basada en la promoción de encuentros desde los que se generan alternativas y respuestas reales, participativas y, por lo tanto, colectivas, tal como ha sido «Abriendo puertas». Por ello, hablar de este proyecto implica necesariamente introducir algunos elementos básicos del proceso de intervención comunitaria más amplio en el que nace.

Algunas consideraciones previas en cuanto al contexto socioeconómico, histórico y cultural

El desarrollo socioeconómico de las últimas décadas y los procesos vividos en el mundo occidental, aparejados al desarrollo tecnológico, han supuesto un conjunto de cambios importantes en las relaciones, en las formas de afrontar la vida y en las respuestas que desde las personas y las comunidades se dan a las nuevas situaciones que se presentan.

Uno de los cambios culturales más significativos ha sido el paso de una sociedad con límites claros a una sociedad sin límites. Tan sólo hace algunos años vivíamos en una cultura donde casi todo tenía una definición clara, pero hoy en día casi nada es de una sola manera. Desde los distintos roles sociales hasta las abstracciones conceptuales, vivimos sin márgenes claros, y puede haber cualquier definición de una misma cosa. Por ejemplo, el modelo de familia, como se trata más adelante, es tan diverso como familias haya, mientras que hace algunos años existía principalmente un único modelo que entendíamos como modelo tradicio-

nal familiar. También las distintas formas de responder a estímulos y de satisfacer las necesidades, e incluso la generación artificial de éstas, han dejado de tener límites nítidos.

Es muy evidente, en el día a día personal o laboral, que nos encontramos ante realidades muy cambiantes, fruto del desarrollo tecnológico anteriormente mencionado; pero sin embargo seguimos respondiendo a las distintas situaciones problema con esquemas enquistados en paradigmas teóricos caducos. Sirva como ejemplo (luego profundizaremos en el ámbito sanitario) lo que ocurre en el mercado laboral, la familia o la escuela.

El mercado laboral

El mercado laboral no responde a la necesidad de incorporarse a éste de parte importante de la población, que concentra las grandes bolsas de desempleo en las clases populares y que dificulta especialmente la incorporación de los jóvenes. Si la intervención se basa en la integración a través del trabajo y no hay trabajo para todos, se está cometiendo un error de partida que genera expectativas falsas conducentes al aumento de la frustración y al crecimiento de la anomia juvenil.

La familia

La desaparición del modelo tradicional de familia como único y la aparición de múltiples modelos emergentes (polinucleares, monoparentales y la familia desestructurada con problemáticas asociadas) están teniendo una incidencia directa en el desarrollo pleno de muchos jóvenes de ambos sexos.

En Canarias, en relación con esto se dan, entre otras, dos situaciones curiosamente distintas pero con la misma raíz: por un lado, las abuelas, dentro de los nuevos modelos de familia antes mencionados, han tomado un papel muy importante en la educación de sus nietos, pero encuentran muchas

EL MERCADO LABORAL NO RESPONDE A LA NECESIDAD DE INCORPORARSE A ÉSTE DE PARTE IMPORTANTE DE LA POBLACIÓN, QUE CONCENTRA LAS GRANDES BOLSAS DE DESEMPLEO EN LAS CLASES POPULARES

dificultades para ejercer la función de las madres y los padres. Por otro lado, y ante la inexistencia de la familia extensa, muchos menores, hijos de familias inmigrantes y de trabajadores de la construcción y la hostelería, pasan gran parte del día sin la atención de nadie, hasta el punto de que, sobre todo en Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura, se da un fenómeno ya denominado «los niños de la llave al cuello».

La familia, en muchos casos, ha ido perdiendo su función como agente socializador, delegándolo en el sistema educativo. Pero ¿qué es lo que pasa en la escuela?

La escuela

El sistema educativo está inmerso en la paradoja de responder, por una parte, a la función que ha de cumplir como formador de personas con una especialización determinada, apta para el desarrollo idóneo del sistema productivo, y, por otra, a la necesidad de favorecer el desarrollo personal y la educación en los valores en una situación, como ya se ha comentado, donde las posibilidades de empleo son limitadas. La rigidez para afrontar las situaciones problema desde la creatividad y la búsqueda de respuestas desde el encuentro de los distintos protagonistas ha originado que en la actualidad la escuela se atrinchere en una postura de defensa ante lo que ella misma ha ido generando, articulando respuestas que también parten de esquemas pasados que no responden a la realidad de hoy.

El fracaso del sistema educativo es evidente; el resultado es el mal denominado *fracaso escolar* y muchos jóvenes están siendo abocados a la calle desde los centros educativos.

Para muchos de ellos el único agente socializador válido hoy en día es el grupo de iguales, que construye su modelo de socialización basándose en los valores socialmente predominantes, recibidos sobre todo desde los grandes medios de comunicación, y que fortalecen el individualismo, la competitividad, el consumo y las actitudes y conductas violentas.

En función del análisis anterior con respecto a los otros agentes tradicionales de socialización: escuela y familia, se constata que muchos jóvenes encuentran su espacio fundamental de socialización en la calle, que se configura como su ámbito principal de relación.

Christian Reutlinger, doctor en geografía social, a partir de sus estudios sobre la juventud realizados

en España, Francia e Italia, habla de la «juventud invisible» al referirse a jóvenes que son socialmente invisibles: fuera de cualquier sistema formal, del sistema educativo, del mercado laboral, etc., construyen su identidad desde el grupo de iguales de referencia, con sus propias normas y hábitos de relación e incluso con su propia geografía dentro de los territorios donde viven. La necesidad de acercarse a esos jóvenes para poder conocer sus perspectivas, inquietudes, potencialidades, necesidades y problemas es evidente si pretendemos el abordaje de situaciones que muchas veces, ante el desconocimiento y la falta de empatía de los técnicos, se realizan a través de intervenciones verticales y poco eficaces.

Tal como se apuntaba, muchos adolescentes de ambos sexos son invisibles para la administración y para los distintos recursos. En el ámbito sanitario, la pregunta «¿Cuántos adolescentes atendemos diariamente en cualquier centro de salud?» fundamentaría cuantitativamente esta realidad.

Una nueva base teórica de la geografía y las ciencias sociales habla del nuevo concepto de espacio, definido no sólo desde una perspectiva física o geográfica, sino como el conjunto de relaciones, códigos y valores que se dan en un lugar físico en un grupo de personas; si pensamos que los jóvenes construyen estos espacios fundamentalmente en la calle, es evidente que habrá que entender las distintas realidades desde ahí.

Los profesionales sanitarios

Los más de 25 años que han pasado desde que en Alma Ata se planteara el nuevo modelo de Atención Primaria de Salud (APS) parecen haber resultado aún insuficientes para lograr la transformación real; carencias de todo tipo han dificultado su implantación y le han hecho perder mucho de su potencial renovador.

La demanda social de servicios profesionales cualificados se ha incrementado considerablemente. Las profesiones, inmersas en una sociedad en la que se han dado cambios espectaculares, han de ajustarse a las nuevas realidades, a las necesidades emergentes y a las demandas y expectativas que éstas generan.

En el caso de los profesionales de la salud, estos nuevos entornos y los cambios que conllevan en los sistemas sanitarios, les obligan a adaptar el ejercicio de su profesión a los mismos a medida que se van produciendo.

EL FRACASO DEL SISTEMA EDUCATIVO ES EVIDENTE; EL RESULTADO ES EL MAL DENOMINADO FRACASO ESCOLAR Y MUCHOS JÓVENES ESTÁN SIENDO ABOCADOS A LA CALLE DESDE LOS CENTROS EDUCATIVOS.

A punto de cumplirse 20 años de la reforma de la APS, resulta evidente que aquel llamado «nuevo modelo de equipos de Atención Primaria (EAP)» ha reproducido demasiado el modelo tradicional que se pretendía renovar.

La frustración se propaga entre los profesionales al comprobar que nuestros intentos por «resolver» los problemas de salud, nuestros esfuerzos por generar cambios de actitudes y promover hábitos de vida saludables en las personas que atendemos en las consultas no sólo han resultado escasamente eficaces, sino que nos hemos convertido en meros proveedores de servicios con una demanda creciente que hace insuficiente cualquier plantilla y acaba por desbordarnos cada día: hemos terminado por responder a las consecuencias sin poder actuar sobre las causas.

Hemos dirigido nuestros esfuerzos a intervenciones con programas diseñados por nosotros, profesionales de la salud, en los que hemos «clasificado y codificado» a nuestros pacientes debidamente, según su enfermedad o problema, y les hemos marcado las pautas que debían seguir (hemos diagnosticado y sabemos lo que deben hacer), aderezándolas con un toque «sancionador» respecto a su incumplimiento. No nos hemos dado cuenta de que no podemos controlarlo todo, de que no podemos imponer un ritmo a la comunidad sin contar antes con ella, sin su implicación real y sin limitarla a ser objeto de nuestra intervención.

Hemos ido a las escuelas e institutos sin considerar que los jóvenes que más nos necesitan no estaban allí, sino en la calle. Hemos emprendido actividades con grupos que acaban desapareciendo, junto al esfuerzo personal o el voluntarismo del compañero del EAP que lo inició.

En nuestro centro de salud ésta ha sido la experiencia vivida por los profesionales hasta hace tres años. En un entorno socioeconómico difícil, como el de nuestra zona básica de salud (ZBS), la demanda nos desbordó desde los inicios; y no sólo era la presión asistencial diaria, sino la calidad de esa demanda, que reflejaba como un espejo la realidad de la calle y que ponía en evidencia la importancia y el impacto de los factores determinantes de la salud y para la que muchos de nosotros, con una formación predominantemente biomédica y centrada en la asistencia individual, no estábamos preparados. Con pobres resultados en una cartera de servicios que no se adaptaba a la realidad, pensamos que algo debía cambiar si queríamos mejorar la calidad de vida de las personas y elevar su

nivel de salud, y creímos que este cambio había de iniciarse «abriendo puertas», aunque con ello nos arriesgáramos a que la realidad entrara por ellas, desde la calle.

¿Dónde se desarrolla la intervención?

Canarias, que al igual que el resto del Estado se encuentra inmersa en una cultura valedora de todos los elementos anteriormente mencionados y reúne un conjunto de especificidades fruto de su contexto histórico, geográfico y socioeconómico.

Con casi dos millones de habitantes y su territorio fragmentado en siete islas, recibe más de diez millones de turistas al año. Históricamente ha ligado su economía al monocultivo de la caña de azúcar, el vino o el plátano y, hoy en día, al turismo. Este fenómeno ha marcado el desarrollo de las islas, que han sufrido en los últimos treinta años un acelerado proceso de aculturación, donde su economía, básicamente agrícola, ha sido sustituida por el sector servicios, con un gran aumento de población, de visitantes y, por lo tanto, con importantes cambios en la morfología del territorio.

Son muchas las situaciones problema surgidas del desarrollo económico incontrolado de las islas y basta con considerar algunos datos para entenderlo:

- El 27,8% de la población vive bajo el umbral de la pobreza, y el 9,6% se encuentra en situación de pobreza grave. El 22% de esas personas tienen menos de 16 años.
- El ritmo de crecimiento demográfico ha sido más del doble de la media estatal.
- Las tasas de desempleo se encuentran entre las tres más altas del Estado.
- El índice de analfabetismo es un 30% superior a la media estatal.
- El ratio de médicos por habitante es de 3,6 frente al 4,4 nacional. Las listas de espera son exageradas, no sólo quirúrgicas, sino para la atención de especialidades extrahospitalarias.
- El ratio de enfermería en APS es también deficitario y ha ido en disminución: un profesional de enfermería por cada 1.962 habitantes.
- El 6% de los nacimientos en Gran Canaria son hijos de adolescentes.

RESULTA EVIDENTE QUE AQUEL LLAMADO «NUEVO MODELO DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)» HA REPRODUCIDO DEMASIADO EL MODELO TRADICIONAL QUE SE PRETENDÍA RENOVAR.



↑ Centro de salud la Pardilla.

La intervención se sitúa en dos barrios del municipio de Telde (96.000 habitantes), en la isla de Gran Canaria. Son dos zonas bien diferenciadas aunque contiguas en el territorio:

Una, **La Pardilla**, con más de 150 años de historia, con una población de unos 2.500 habitantes, familias con un nivel socioeconómico medio-bajo que residen en la zona desde hace muchos años en viviendas unifamiliares de autoconstrucción, por lo que la dinámica comunitaria propia de un pueblo aún existe, aunque tiende a diluirse con la llegada, durante los últimos diez años, de nuevas familias que se establecen en urbanizaciones de cierta calidad, de nueva construcción. La actividad económica principal fue la agricultura hasta hace pocas décadas, pero hoy se centra en el sector servicios a raíz de las transformaciones ya mencionadas en el contexto socioeconómico más amplio.

La otra, **Las Remudas**, en la que se ubica el centro de salud, tiene treinta años de historia y cuenta con viviendas de protección oficial que fueron ocupadas por una población realojada, muy heterogénea, proveniente de diferentes zonas y, en general, con un nivel socioeconómico y de instrucción bajo. Su proceso de maduración como comunidad fue difi-



↑ Centro de Salud de Las Remudas.

cil y ha estado asociado a situaciones multiproblemáticas, relacionadas principalmente con la venta y el consumo de drogas y la delincuencia, así como con la desestructuración familiar.

Desde el punto de vista urbanístico, está bien diseñada, con edificios de poca altura (cuatro plantas, 16 viviendas), locales en los bajos, espacios abiertos y facilitadores de la comunicación y los recursos educativos, sociales y culturales concentrados en una zona concreta del barrio, donde se ubica el centro de salud.

La media de habitantes por vivienda es de 4,9, frente al 3,9 del resto del municipio o el 3,2 del resto de España (conviven familias de hijos, yernos, nietos, etc.). El barrio tiene una población total de 5.241 habitantes (censo de noviembre de 2001) de los que 338 tienen entre 15 y 19 años de edad (1.533 menores de 20 años).

El centro de salud acoge a una población de unos 13.000 habitantes que viven en los cinco barrios que conforman la ZBS, el 40% de los cuales vive en las dos zonas en que se ubica este proyecto.

Los datos más relevantes desde el punto de vista sanitario de la comunidad, extraídos fundamentalmente del diagnóstico de salud del municipio y de los resultados de la cartera de servicios de la ZBS en la que se ubica, se exponen a continuación.

Se observan desigualdades ante el hecho de enfermar y morir debido a factores y condiciones sociales. En este sentido se observa cómo la tasa de analfabetismo (el 11% de las mujeres frente al 6,6% de los hombres) o las referidas al mayor empleo y ocupación de los hombres tienen relación con la mayor incidencia en enfermedades nerviosas, depresiones y consumo de fármacos tranquilizantes en las mujeres. No existe correspondencia entre los problemas de salud de mayor prevalencia

EL CENTRO DE SALUD ACOGE A UNA POBLACIÓN DE UNOS 13.000 HABITANTES QUE VIVEN EN LOS CINCO BARRIOS QUE CONFORMAN LA ZBS, EL 40% DE LOS CUALES VIVE EN LAS DOS ZONAS EN QUE SE UBICA ESTE PROYECTO.



↑ Equipo de atención primaria.

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES VIOLENTAS SON LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO Y EL SUICIDIO

entre la población (los problemas musculoesqueléticos y los problemas mentales) y los servicios y recursos ofertados en el municipio para dar respuesta a los mismos.

La prevalencia del hábito tabáquico en la población del municipio es del 26,1%, y es dos veces superior en el hombre que en la mujer. Hay que destacar asimismo que la edad clave en el comienzo del hábito es entre 11 y 17 años. El consumo de alcohol es mayor en el grupo de edad de 30 a 44 años, y en el hombre es tres veces mayor que en la mujer.

El grupo de edad que más consulta al médico es el de 65 años y más. La presión asistencial actualmente está entre los 40-45 pacientes al día y la prevalencia en incapacidad laboral transitoria es del 5,65%, frente al 3,56% de la isla. Las enfermedades infecciosas y las del aparato circulatorio son las que más generaron utilización de los servicios sanitarios, y el médico general sigue siendo el primero al que consultan los pacientes para resolver sus problemas. El 44,2% de la población consume algún tipo de medicamento, el 7,6% de las personas que se automedican lo hacen con productos laxantes y adelgazantes, y el gasto farmacéutico del centro de salud durante el año 2004 supuso algo más de un millón y medio diario de las antiguas pesetas.

Las principales causas de defunciones violentas son los accidentes de tráfico y el suicidio, y la causa de defunción más importante en el municipio es la enfermedad isquémica del corazón, que se repite tanto en hombres como en mujeres.

En lo que se refiere al medio ambiente, podemos destacar la poca calidad del agua de abasto, así como la presencia de roedores e insectos.

Inicios del proceso

Nuestro centro de salud (1993), con un EAP pequeño, aún poco estable y poco cohesionado y que había de prestar servicios en una ZBS con la problemática descrita, tuvo unos inicios duros, y durante años trabajamos bajo gran presión. Atravesamos graves crisis laborales y profesionales, especialmente entre los años 1996 y 2001, hasta llegar a la conclusión de que era necesario un alto en el camino para la reflexión, para replantearnos qué estábamos haciendo y cuáles eran nuestros objetivos, para poder asumir nuestra responsabilidad en la promoción de la salud y entender que ésta no atañe sólo al sistema sanitario, sino a la sociedad en general, y que necesita tiempo y recursos propios y ha de estar necesariamente compartida con profesionales y recursos de otras disciplinas y con el resto de la comunidad que conforma nuestro territorio, retomando las directrices de Ottawa.

Asumida la decisión de iniciar un cambio, nos encontramos con una lógica desorientación e inseguridad ante una nueva perspectiva profesional para la que no nos sentíamos preparados, con un hábito de trabajo predominantemente asistencialista. Con serias carencias conceptuales y metodológicas, se generaron debates internos en el EAP relacionados con nuestro rol profesional ante lo comunitario. Los mensajes de la Organización Mundial de la Salud, Ottawa, Yakarta, etc. resurgían en los diálogos internos entre compañeros indiferentes o escépticos, detractores o defensores de la necesidad de iniciar auténticos procesos de participación comunitaria para la promoción de la salud.

Un grupo de profesionales de enfermería empezó a llevar a cabo actividades comunitarias con resultados desiguales; se trataba de iniciativas más bien personales y en gran parte ignoradas por los gestores. Con la desilusión y el desgaste propio del esfuerzo individual y voluntarista, y con limitadísimos recursos, tomamos conciencia de la imposibilidad de abordar en solitario la promoción de la salud: necesitábamos la participación real de la ciudadanía y el trabajo coordinado con el resto de recursos de la comunidad.

En mayo de 2002 comienza a trabajar «El Patio. Los centros educativos como recurso comunitario», programa promocionado desde la Dirección General de Juventud en colaboración con la Dirección General de Protección del Menor y la Familia a través de la Fundación Ideo. Este programa, que nace como un proceso socioeducativo abierto y flexible que parte desde los jóvenes y su relación con la violencia, tiene



↑ El Patio.

carácter preventivo y promocional. Toma como espacios fundamentales de trabajo la calle y los centros educativos para generar dinámicas de transformación comunitaria a partir del encuentro que favorezca la participación ciudadana y la coordinación de los recursos técnicos.

Desde este programa se comienza a trabajar en los barrios con dos líneas de acción diferenciadas, aunque interrelacionadas. Una enmarca el trabajo que se hace con y desde los jóvenes, a través del ocio y la educación no formal, en la calle y los centros educativos. Se orienta a la participación como respuesta preventiva y promocional, y desde aquí se amplía el trabajo a la familia, los niños y la comunidad educativa. La otra de sus líneas de acción hace referencia a la intervención comunitaria basada en los presupuestos metodológicos de Marco Marchioni, orientada a la promoción y potenciación de la participación ciudadana, a la coordinación de los recursos técnicos y al estudio, información y documentación. Dentro de esta segunda línea de acción se prioriza en los inicios la generación de un proceso de relación entre los distintos recursos técnicos de la comunidad, orientado a establecer bases para la coordinación entre éstos. Desde finales de 2002 se crea un espacio de encuentro, y en la actualidad de coordinación, entre los 22 recursos que prestan servicio en la zona y se establece el Grupo Técnico de Coordinación (GTC) Las Remudas-La Pardilla, donde nace el proyecto «Abriendo puertas».

Las aportaciones del centro de salud en relación con las necesidades de trabajar la promoción encontraron alianzas en el Centro de Formación del Profesorado y en El Patio para dinamizar el proyecto.

Objetivos del proyecto

- Generar un proceso participativo que favorezca la implicación de los distintos actores de la comunidad en el desarrollo de hábitos de vida saludable.
- Actualizar la cartera de servicios de la ZBS en función de las necesidades y demandas reales de la población.
- Favorecer la incorporación de los agentes educativos a través de su formación para el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud.
- Promocionar situaciones que faciliten la incorporación de los jóvenes de ambos sexos a procesos de información participante de educación para la salud (EpS) entre los iguales.
- Realizar un diagnóstico comunitario en coordinación con el resto de los recursos de la comunidad que produzca un análisis compartido como elemento dinamizador.

Líneas de trabajo y desarrollo de las acciones

Para el desarrollo del proyecto se estructuran tres líneas de acción que permitan abordar la consecución de los objetivos planteados. Hasta ahora se han venido desarrollando respondiendo a un planteamiento estratégico basado en la relación correcta de relaciones entre los distintos recursos y la ciudadanía, así como en la necesaria participación desde las motivaciones de la población y los técnicos.

Línea de acción 1: formación de agentes educativos

Desde los primeros contactos entre profesionales y técnicos de los diferentes sectores, el profesorado de los centros educativos mostró un elevado interés en el desarrollo de un trabajo coordinado y permanente para la promoción de la salud en sus centros y en el reforzamiento de los contenidos curriculares relacionados con la EpS. Aunque desde el proyecto se conceptualiza como agentes de salud no sólo a los profesionales de la educación sino a otros profesionales y a la ciudadanía, se prioriza en un inicio el trabajo desde los distintos centros educativos, con especial importancia por su carácter precoz a la escuela infantil.



SE ORIENTA A LA PARTICIPACIÓN COMO RESPUESTA PREVENTIVA Y PROMOCIONAL, Y DESDE AQUÍ SE AMPLÍA EL TRABAJO A LA FAMILIA, LOS NIÑOS Y LA COMUNIDAD EDUCATIVA



SE PREPARARON
VARIAS ACTIVIDADES
QUE PRETENDIERON
TRANSMITIR UN
MENSAJE POSITIVO
SOBRE LA SALUD Y
LOS HÁBITOS DE
VIDA SALUDABLES

En noviembre de 2004 se constituye el Grupo de EpS integrado por todos los recursos educativos y sanitarios, así como todos aquellos que realizan actividades de EpS en la zona (municipales, Cruz Roja, etc.). Los objetivos que establece este grupo son:

- Dar coherencia y continuidad a las acciones de EpS desarrolladas en los centros de primaria y secundaria unificando los criterios básicos.
- Consolidar este espacio a lo largo de este curso 2004-2005 sin que suponga un esfuerzo excesivo para las personas participantes.
- Compartir las experiencias que se vayan llevando a cabo en los diferentes centros.
- Optimizar el aprovechamiento de los recursos técnicos y materiales disponibles.

En abril de 2005, tanto el Grupo de EpS como el GTC proponen organizar la Fiesta de la Salud con motivo del Día Mundial de la Salud, actividad que, además de suponer un espacio de encuentro comunitario, serviría para trabajar sobre algo práctico la coordinación entre los distintos recursos, así como para hacer visible al resto de la comunidad la nueva organización que adoptaban los recursos.

Se planteó una jornada lúdico-festiva de promoción de la salud y encuentro con la comunidad en la que participaran, además de los vecinos y como principales protagonistas, los estudiantes de los centros de enseñanza primaria y secundaria de la zona y otros jóvenes sin escolarización. Para ello se prepararon varias actividades que pretendieron transmitir un mensaje positivo sobre la salud y los hábitos de vida saludables (talleres, coloquios, actividades lúdicas, actividades deportivas, etc.).

Hubo una gran participación en las más de treinta actividades, y éstas tuvieron gran acogida entre los vecinos y alumnos de la zona (unos 800), así como entre los profesionales y técnicos (112, Cruz Roja, Farmacia, Radio ECCA, centro de salud, El Patio, centros educativos de primaria y secundaria, etc.) que consideraron la jornada como la «prueba de fuego» para el GTC en cuanto a su capacidad de organización.

■ Una guía de emergencias para los centros educativos

Otra de las inquietudes manifestada desde el principio fue la necesidad de recibir formación teórico-práctica sobre primeros auxilios y actuación en situaciones de emergencia que surgen durante el horario escolar.



↑ Fiesta de la salud, 2005.

Coordinados por el Centro del Profesorado (CEP), se organizaron talleres teórico-prácticos sobre el tema que fueron ofertados a todo el profesorado, de forma permanente y voluntaria, y que se desarrollaron (y se desarrollan) a demanda de cada centro educativo.

A propuesta del propio personal docente, se ha elaborado una *Guía de emergencias sanitarias en los centros educativos* y un póster con algoritmos de actuación para las salas de profesores.

La guía consta de dos partes:

- En la primera se hace una breve reseña sobre algunos de los problemas de salud crónicos que tanto profesionales docentes como de la salud consideran más frecuentes entre nuestra población infantil y juvenil: diabetes mellitus, asma, epilepsia y alergias alimentarias. Se describen las principales características de estas enfermedades y se dan orientaciones para detectar signos de alarma y pautas de actuación en caso de crisis convulsivas, de asma, hipoglucemia o shock anafiláctico. También incluye algunas indicaciones sobre qué hacer en caso de fiebre y se propone el contenido de un botiquín escolar básico.
- En la segunda parte, se describen las situaciones de urgencia más frecuentes y las pautas de actuación para proporcionar los primeros auxilios en cada caso (quemaduras, hemorragias, atragantamiento, traumatismos, resucitación cardiopulmonar, etc.).

Su elaboración ha facilitado además el acercamiento entre la APS y la atención especializada, puesto que se ha trabajado durante más de un año de forma coordinada con pediatras de nuestro centro de salud y especialistas de los hospitales Materno-Infantil e Insular de Gran Canaria y con el Servicio de Urgencias Canario (SUC)-112. También se ha trabajado el contenido con varios profesores, para adecuar el lenguaje técnico a la comprensión de personas profanas en materia sanitaria.

Se ha propuesto un proyecto para su implantación en el que se hace especial hincapié en la relación continuada y el trabajo coordinado de profesionales de la educación y la salud; asimismo, se pidió a las administraciones responsables apoyo para su difusión, así como la promoción de esta formación entre el profesorado. La Consejería de Educación ha dispuesto financiar su impresión y presentarla, junto con la de Sanidad, a los diferentes centros de salud y centros educativos para su implantación progresiva.

■ La escuela infantil

La escuela infantil, que tal como se apuntaba anteriormente supone un espacio fundamental del trabajo en la promoción de la salud, está situada en el barrio de Las Remudas y trabaja con unos 190 niños, hijos, en su mayoría, de padres y madres inexpertos y, a menudo, de familias desestructuradas.

Dado el importante papel que la familia tiene en la adquisición de hábitos de salud de los niños, se plantea el trabajo dirigido a los padres, madres, abuelas o sus responsables partiendo del encuentro y planificando intervenciones educativas sobre los temas que expresen y se detecten.

La relación del centro de salud con la escuela infantil se había limitado hasta el momento a las reglamentarias inspecciones de las condiciones higiénico-sanitarias y, por tanto, planteamos iniciar un acercamiento al personal que allí trabaja que, a su vez, facilitara la relación con los padres y madres en el momento de recoger o llevar a los niños.

Durante 2005 se han llevado a cabo varios encuentros con las trabajadoras del centro y su directora en los que se han tratado temas relacionados con la salud sobre los que previamente se habían mostrado interesadas. Así, entre febrero y junio, se realizaron cinco reuniones, en dos turnos cada una para facilitar la asistencia del personal al completo, sobre prevención de cáncer (en general y femenino en particular), vacunaciones en adultos, alimentación infantil de 0 a 2 años, vacunas infantiles y lactancia materna.

En adelante, está previsto trabajar, desde nuestro servicio de fisioterapia, el manejo de cargas y cuidado de la espalda, la prevención de accidentes infantiles y primeros auxilios básicos, así como otros temas que han suscitado interés a lo largo del año.

Además, se pretende potenciar un mayor acercamiento a las familias para iniciar encuentros y desarrollar sesiones grupales y/o el asesoramiento individualizado por parte de los profesionales

sanitarios en la escuela infantil. La siguiente fase dependerá de la marcha de este proceso y de las iniciativas de los padres y madres.

— Línea de acción 2: Promoción de procesos participativos desde los jóvenes

Tal como se apuntaba en el primer epígrafe de este artículo, los distintos cambios han producido nuevas realidades, entre las que se destaca la pérdida de capacidad socializadora de la escuela y la familia y la fuerza que ha adquirido como tal el grupo de iguales. Esta realidad fácilmente constatable por cualquier profesional que realice su labor con jóvenes, así como el concepto de juventud invisible y el nuevo concepto de espacio, fundamentan parte de la intervención que desde El Patio se hace con y desde los jóvenes.

De tal forma, apoyándose en el trabajo que se hace desde El Patio y los centros educativos, en la calle y en otros espacios fuera del barrio, se han ido trabajando dentro de esta línea de acción las bases necesarias para generar un proceso de información participante, a partir de la constatación teórica y empírica planteada desde este programa, de tres elementos fundamentales para hablar de información y de jóvenes:

- La información por sí sola no genera cambios de actitudes, sino más bien la adquisición de actitudes puede transformar conductas, en este caso, no saludables.
- Las personas informantes, en cualquiera de los casos, han de tener legitimidad entre los jóvenes, y son sus propios iguales los que más la tienen.
- La información ha de partir de sus motivaciones, de sus códigos y valores, y por lo tanto los jóvenes deben participar en su diseño.

Así, el trabajo de El Patio en coordinación con el centro de salud, el CEP y otros recursos ha ido generando condiciones para trabajar específicamente, desde el ocio y con distintas actividades creadas por los propios iguales, los hábitos saludables. En uno de los institutos ha surgido un grupo de estudiantes de la rama profesional sanitaria que tienen establecido un punto de información sobre la salud en el propio instituto, y una de las asociaciones juveniles surgidas desde el trabajo de El Patio tiene como objetivo la promoción de la salud.



↑ Guía de emergencias sanitarias en los centros educativos

LOS DISTINTOS CAMBIOS HAN PRODUCIDO NUEVAS REALIDADES, ENTRE LAS QUE SE DESTACA LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD SOCIALIZADORA DE LA ESCUELA Y LA FAMILIA Y LA FUERZA QUE HA ADQUIRIDO COMO TAL EL GRUPO DE IGUALES



↑ Trabajo con jóvenes.

Línea de acción 3: Elaboración del diagnóstico comunitario

Sin duda, la línea de acción donde más energía ha invertido el GTC ha sido en la elaboración de un diagnóstico comunitario que facilite la organización y la participación comunitaria a partir del conocimiento común.

Para ello, a lo largo de 2004 y de 2005, se ha elaborado un estudio con una metodología de investigación participativa («la audición» de Marco Marchioni) donde el objetivo y el conocimiento comparten protagonismo con la generación de procesos participativos desde un cambio de relaciones entre la ciudadanía, los recursos técnicos y los representantes públicos.

De tal forma, 29 profesionales de distintos recursos hemos dado un total de 300 charlas (entrevistas abiertas basadas en la escucha) a población, recursos técnicos y representantes públicos, de las cuales se han obtenido más de 3.000 aportaciones distintas en forma de análisis de la situación de la vida en los barrios o de propuestas de cambio y mejora. Éstas han sido contrastadas con la información cuantitativa ya existente en distintos recursos y compiladas para el estudio.

Así se ha construido un instrumento analítico y propositivo que en estos momentos se encuentra en pleno proceso de devolución y socialización de la información entre la comunidad para construir un diagnóstico común a partir de los distintos encuentros que se celebran.

A lo largo de la elaboración del estudio se han celebrado cuatro de estos encuentros, con una participación tanto de recursos técnicos como de recursos comunitarios (asociaciones) y ciudadanía en general muy alta; de hecho, los vecinos han apuntado la posible necesidad futura de tener un

espacio de encuentro organizado y estable. Estas reuniones han abierto la puerta a una relación más horizontal y fuera de cada uno de los recursos entre ciudadanía y personal técnico, con todo lo que ello ha ido suponiendo. Se ha elaborado un instrumento de comunicación para la comunidad que llamamos hoja informativa y que distribuimos a través de un plan informativo.

Todo el proceso de elaboración del diagnóstico ha supuesto la auténtica apertura de puertas a unas nuevas relaciones entre ciudadanía, profesionales y administración, relaciones que alumbran grandes avances para intervenciones más eficaces desde una nueva organización de la comunidad, tanto de sus recursos técnicos como de la ciudadanía. La cartera de servicios del centro de salud se puede nutrir no sólo de conocimiento estadístico o cuantitativo, sino también de las percepciones cualitativas de las personas que viven o trabajan en los barrios. Pero este hecho, pese a lo relevante que sea, queda relegado ante la importancia que supone la elaboración de un programa comunitario por los distintos recursos de la zona y contando con la participación de la ciudadanía.

Los avances del proceso

Desde el inicio del trabajo coordinado y la puesta en marcha del proyecto, y con el impulso que supuso la concesión del Primer Premio a Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en su edición de 2003, son muchas las ventajas y los aspectos positivos que podríamos destacar. Resumimos a continuación los relacionados con el propio sector salud y las derivadas del trabajo coordinado con otros sectores.

■ Coordinación «intrasectorial»

Dentro del propio sector salud se ha producido un importante avance en la relación con otros profesionales sanitarios y con las personas responsables de la Gerencia de Atención Primaria. Esta última ha facilitado parte de la tarea del personal del centro para el trabajo comunitario, con sustituciones puntuales y el refuerzo del equipo de enfermería (un enfermero).

La Gerencia también participa activamente en el GTC y colabora con el asesoramiento técnico necesario, además de facilitar algunas estrategias para la difusión del proyecto entre profesionales médicos (residentes de medicina familiar y comunitaria) y de enfermería de otros centros de salud.

TODO EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO HA SUPUESTO LA AUTÉNTICA APERTURA DE PUERTAS A UNAS NUEVAS RELACIONES ENTRE CIUDADANÍA, PROFESIONALES Y ADMINISTRACIÓN

También la Escuela de Enfermería ha pedido nuestra intervención para dar a conocer el trabajo comunitario entre el alumnado de las diferentes promociones para que conozcan las posibilidades de la enfermería comunitaria dentro de un currículo aún demasiado asistencialista y medicalizado.

Como mencionábamos antes, la elaboración de la guía de emergencias nos ha acercado (y, con nosotros, a la APS) a la atención especializada hospitalaria y extrahospitalaria y al Servicio de Urgencias Canario (112).

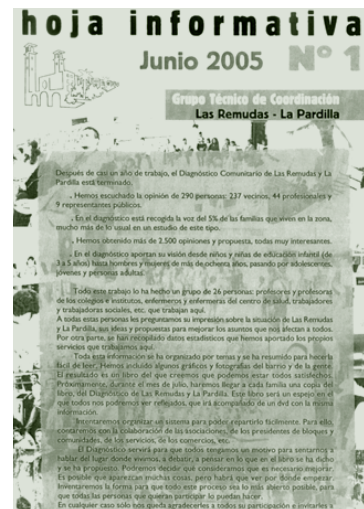
■ **Respecto a nuestra participación en el GTC:**

- Visión más global y real de la situación de la zona en todos sus aspectos. Cambio de perspectiva respecto a la necesidad del abordaje integral de los problemas de salud.
- Los recursos físicos y materiales pasan a ser comunitarios.
- Se incide en la población infantil y juvenil de manera coordinada.
- No nos sentimos solos: el problema de uno puede ser abordado por todos o varios de los recursos.

No todo es fácil: condicionantes y problemas

■ **En relación con lo profesional:**

- La carga asistencial sigue siendo importante y el trabajo comunitario aún constituye una tarea añadida a las propias.
- Para muchos compañeros, la EpS está aún demasiado medicalizada y centrada en la atención individual, lo que dificulta la dimensión más global del trabajo en la comunidad que se implica en procesos sociales y comunitarios. Hay importantes carencias metodológicas y es necesaria la formación.
- Sigue existiendo cierto escepticismo hacia la efectividad de estas actuaciones y se siguen priorizando aspectos más tecnológicos por considerar estas actividades como de «rango inferior».
- No se invierte suficiente en equipos de trabajo comunitario y nuestra jornada laboral tampoco resulta muy compatible.



↑ Hojas informativas.

- La inestabilidad de los profesionales en los centros dificulta el avance del proceso dentro del propio EAP (se ha de crear una relación de confianza con la población).

■ **En relación con el GTC:**

- Dificultades de disponibilidad/compatibilidad horaria para la coordinación con el resto de los recursos.
- Distintos lenguajes/idiomas entre técnicos/as: conceptos y visiones diferentes sobre la misma población, problema o posibilidad de respuesta, expresadas en términos diferentes que, en ocasiones, dificultan la comprensión mutua.
- El grado de participación e implicación es desigual entre los recursos y técnicos.
- Financiación: a pesar del dinero recibido por el premio de semFYC, sigue habiendo dificultades de financiación (edición de las hojas informativas, guía, monografía comunitaria, Fiesta de la Salud, etc.) que, de momento, se van solventando con aportaciones puntuales de algunos de los recursos.

Planes inmediatos y/o a largo plazo

Dentro de los planes a corto, medio y largo plazo del trabajo que se viene realizando cabe destacar:

- Culminar el proceso de socialización de la información con sus distintos encuentros y jornadas para finalizar el diagnóstico comunitario.

LA INESTABILIDAD DE LOS PROFESIONALES EN LOS CENTROS DIFICULTA EL AVANCE DEL PROCESO DENTRO DEL PROPIO EAP



↑ Reunión GTC.

Bibliografía

- Amezcuca M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*. 2000;30:30-5.
- Astray L. Papel de los profesionales sanitarios en la intervención/participación. *Revista Centro de Salud Diciembre*. 1998;664-8.
- Bru P, Basagoiti R. La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria. *Revista Comunidad (semFYC)*. 2003;6:91-100.
- Cofiño R, Pérez P, Prieto M, Valdés C. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) sobre Actividades Comunitarias y Atención Primaria. Sin fecha. Acceso en web 28 de febrero 2005: <http://www.samfyc.org/materi/acomunit.pdf>
- ISTAC (Instituto Canario de estadística). Encuesta de Salud de Canarias 2004. [Consulta: 29 de mayo de 2005]. Acceso: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>
- Gaminde I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. En: *Informe SESPAS 2002*;567-80.
- ISTAC (Instituto Canario de Estadística). Encuesta de población 1996. Censos de población y viviendas 2001. Serie de estadísticas demográficas.
- Informe 2003-2004 del Consejo Económico y Social de Canarias. Acceso en web: <http://www.ces.org>

Bibliografía de Marco Marchioni

- Marchioni M. Iniciativas para el desarrollo comunitario en zonas rurales. *El proyecto de Desarrollo Comunitario Vélez-Málaga*. *Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros*. 1967, 200(1); 421-457
- Marchioni M. *Comunidad y desarrollo*. Barcelona: Editorial Nova Terra; 1969
- Marchioni M. Elementos para una historia del desarrollo comunitario en España. *Revista de Trabajo Social*; 1985.
- Marchioni M. *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Madrid: Popular; 1985

- Elaborar el programa comunitario a partir de un proceso de reflexión y formación del GTC.
- Profundizar en el proceso de participación ciudadana a través del posible grupo comunitario.
- Establecer protocolos de acción entre los recursos a partir del programa comunitario.
- Avanzar en las líneas de acción 1 y 2 tal como está planificado.

- Marchioni M. (coord.) *Las cuevas de Guadix. Así piensa la gente de las cuevas. Un patrimonio social, humano y ambiental para el desarrollo de Guadix*. Guadix: Ayuntamiento de Guadix; 1989
- Marchioni M. (coord.) *Una comunidad habla de sí misma. Palo Blanco-Las Llanadas-La Ferruja. Un barrio de la zona alta de los Realejos*. Realejos: Ayuntamiento de los Realejos; 1991.
- Marchioni M. *La audición. Un método de investigación participativa y comunitaria. Teoría, metodología y práctica*. Tenerife: Editorial Benchoimo; 1992.
- Marchioni M. (coord.) *La mujer en el barrio de Nazaret: qué opinan las mujeres de Nazaret acerca de sus problemas y de la calidad de vida en el Barrio*. Monografías Sanitarias. Serie Salud y Comunidad, nº 2. Valencia: Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat i Consum; Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1992.
- Marchioni M. *La utopía posible. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. Tenerife: Editorial Benchoimo; 1994.
- Marchioni M. *La comunidad como escenario de la gestión integrada de políticas sociales. Hacia un nuevo paradigma en la gestión integrada. Nuevas fronteras de las políticas sociales. Una experiencia desde Canarias*. Tenerife: Editorial Benchoimo; 1995.
- Marchioni M. *Ciudades preventivas y Desarrollo Comunitario. Metodología de la Intervención Comunitaria*. Buenos Aires: Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones; Gobierno de la Provincia de Buenos Aires; Unión Europea; 1999.
- Marchioni M. (coord.) *Comunidad y cambio social. Teoría y praxis de la acción comunitaria*. Madrid: Popular; 2001.
- Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Popular; 2001.
- Marchioni M. *Cambio social y participación. Antología. 1965-2000*. Tenerife: Editorial Benchoimo; 2002.
- Marchioni M. *Organización y desarrollo de la comunidad. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. En: *Programas de animación sociocultural. Unidad didáctica*. Madrid: UNED; 2002.
- Marchioni M. *Animación sociocultural y desarrollo comunitario. Cuaderno de Animación 2. Actas de la I Escuela Formativa de ASC*. Asturias: Asociación Cultural Asturactiva; 2002.
- Marchioni M. *La acción social en y con la comunidad*. Zaragoza: Libros Certeza; 2004.