

¿Es posible la participación comunitaria en los centros de salud?

Experiencia de cuatro centros de salud del Área 9 de Madrid

Autoras:

Marisa López Martín*. Enfermera. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Leganés. Madrid.
Marina Pascual Díaz*. Trabajadora social. Centro de Salud Marie Curie. Leganés. Madrid.
María Jesús de la Puente Chamorro*. Trabajadora social. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid.
Paloma la Llave Rojo*. Trabajadora social. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.
María Luisa Illescas Sánchez **. Médica. Área 9 de Atención Primaria. Madrid.
María Gibrés Fontana***. Enfermera. Responsable de Promoción de Salud. Área 9 de Atención Primaria. Madrid.

Para contactar con el grupo:

Marisa López Martín.
mamateo@pa.uc3m.es

Introducción

Como es conocido, la asistencia medicalizada en la que pivota el sistema sanitario es por sí misma insuficiente e incapaz de producir salud, ya que los principales problemas de salud a los que nos enfrentamos están condicionados por los hábitos de vida y los factores medioambientales, sociales y culturales.

La Atención Primaria tiene, desde nuestra perspectiva, una gran posibilidad de mejora para dar respuestas efectivas y eficientes a las necesidades de la población, pero no nos cabe duda de que las respuestas no están únicamente en el ámbito sanitario.

Somos conscientes de que sólo se pueden dar respuestas a los problemas de hoy de forma global, interinstitucional, interdisciplinar y con la participación de la población.

Sin embargo, el contexto social del país está orientando a la población para ser usuarios de prestaciones y por lo tanto meros receptores. No se nos educa en la participación, se habla de participar, pero no existen cauces reales para ello.

Pensamos que para conseguir una participación activa de la población, los servicios de Atención Primaria deben dar un giro hacia la comunidad y potenciar la participación de la población en sus problemas de coordinación con los demás recursos de la zona.

Durante muchos años, en el Área 9 de Madrid nos hemos planteado si era posible impulsar la participación comunitaria desde los centros de salud en el contexto social en el que vivimos y, a pesar de ser un área con una larga trayectoria comunitaria, sólo desde hace relativamente poco tiempo hemos iniciado procesos comunitarios tendentes a trabajar con la comunidad y no sólo para la comunidad.



↑ Centros de salud.

¿Quiénes somos?

El Área Sanitaria 9 de Madrid, formada por los municipios de Leganés, Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio, está situada al sudoeste de la Comunidad de Madrid, y cuenta con una superficie de 132,7 kilómetros cuadrados y una población total de 380.230 habitantes según el padrón continuo de 2003.

El municipio de Leganés tiene 176.900 habitantes y está dividido en nueve zonas básicas de salud. Las zonas básicas de este municipio que están realizando procesos comunitarios son las siguientes: Marie Curie, que tiene 12.234 habitantes, y Doctor Mendiguchía Carriche, con 24.004 habitantes.

El municipio de Fuenlabrada cuenta con 187.962 habitantes y se divide en siete zonas básicas. Las zonas básicas que están realizando procesos comunitarios son: Cuzco, con 23.568 habitantes, y Francia, con 36.235 habitantes. Los otros dos municipios del área constituyen la zona básica de Humanes, que cuenta con 15.367 habitantes.

DURANTE MUCHOS AÑOS, EN EL ÁREA 9 DE MADRID NOS HEMOS PLANTEADO SI ERA POSIBLE IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

* Responsable del Proceso Comunitario de cada territorio.

** Directora gerente Área 9.

*** Responsable de los Procesos Comunitarios del Área 9. Atención Primaria. Madrid.



↑ Municipios del Área Sanitaria 9.

En la tabla I se exponen algunos indicadores demográficos de las zonas básicas implicadas. Cabe destacar que la mayoría de las zonas básicas de Leganés tienen una población más envejecida que las de Fuenlabrada.

En cuanto a la tasa bruta de natalidad observada en el período 1996-2002 para el municipio de Fuenlabrada, hay que señalar que fue superior a la de la Comunidad de Madrid. En Leganés la natalidad en este período fue inferior a la de la comunidad.

Características socioeconómicas. Como se puede observar en la tabla II, existe una mayor tasa de paro y una menor renta disponible en los dos municipios del Área 9 en comparación con la Comunidad de Madrid.

Tres de los territorios implicados (Mendiguchía Carriche, Francia y Cuzco) están situados en el interior de las áreas urbanas y no se corresponden con ninguna demarcación, distrito o barrio concreto. Por lo tanto, no poseen características peculiares que los diferencien de áreas colindantes salvo la presencia en la zona de Mendiguchía Carriche de la Ciudad Escuela de los Muchachos (centro de integración y rehabilitación de jóvenes) y la ubicación en su zona de la plaza La Cubierta, lugar de encuentro de jóvenes de diferentes municipios. Marie Curie se encuentra a seis kilómetros del municipio y coincide con un distrito municipal con una tasa importante de inmigración y con problemas de transporte público.

En lo que respecta a la organización de promoción de salud en el área, ésta tiene una importante historia y durante muchos años se ha trabajado para establecer una estructura que favoreciera su desarrollo. Algunas de sus características y actividades son las siguientes (tabla III):

- Existe un responsable de educación para la salud (EpS) y de participación comunitaria en el Área y en cada equipo de Atención Primaria.
- Existe una Comisión de Participación Comunitaria en el área y el 90% de los equipos también la tienen.

TABLA I.
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD IMPLICADAS. PADRÓN 2003

Zona básica/distrito	Grado de juventud ^a	Grado de envejecimiento ^b	Proporción de dependencia ^c
Marie Curie	13,23	13,06	0,36
Mendiguchía Carriche	11,59	11,11	0,29
Total Leganés	12,63	10,97	0,31
Cuzco	14,71	4,86	0,24
Francia	16,76	4,83	0,28
Total Fuenlabrada	18,30	4,90	0,30
Comunidad de Madrid	14,32	14,54	0,41

a <15 años/población total) x100
 b (>= 65 años /población total) x100
 c [(<14 años + >64 años)/15 a 64 años] x100

TABLA II.
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS POR MUNICIPIO

	Fuenlabrada	Leganés	Comunidad de Madrid	Año
Paro registrado por 100 habitantes	4,44	4,31	3,47	2002
Población con estudios (%):				
Tercer grado	6,13	10,97	20,74	
Primer grado	22,66	20,82	17,44	2001
Sin estudio	8,16	14,65	9,97	
Renta disponible bruta per cápita	8.861	9.3339,2	12.449,45	2002

Fuente: Base de datos de la Comunidad de Madrid.

- Durante varios años se han realizado, a través de formación continuada, cursos de EpS en metodología educativa. Actualmente tenemos 133 profesionales formados en EpS grupal.
- Existe una línea de investigación en promoción de salud y en los últimos años se han realizado diferentes estudios.
- Desde 1996 existe un Banco de Proyectos de EpS a disposición de los profesionales, con proyectos de 23 áreas temáticas y con una importante demanda por parte de los equipos.
- Disponemos de un sistema de mejora de los proyectos educativos organizado en dos niveles: la acreditación de proyectos. Los proyectos acreditados se incorporan al banco junto con el informe de acreditación.
- Cada equipo tiene asignados y asumidos como población los centros educativos y asociaciones de su zona. Hasta ahora ha existido una relación con la comunidad en función de las demandas que ésta realizaba a través de los colegios, asociaciones u otros grupos organizados y/o de las ofertas de servicios que hacen los equipos a las mismas.
- Desde hace años se participa con los medios de comunicación de forma estable en un programa de radio local, Onda Fuenlabrada, y desde 2004 en un programa estable de la cadena Ser y en un programa semanal de televisión en Localia Fuenlabrada. Esporádicamente también se participa en prensa escrita local.
- También se interviene de forma estable en diversos órganos de coordinación y participación de los distintos distritos: mesas de salud escolar, diferentes foros, consejos de salud de ambos municipios y consejo local de la infancia.



↑ Trabajo en medios de comunicación.

TABLA III.
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
DEL ÁREA DE PROMOCIÓN DE SALUD
DEL ÁREA 9

- ▶ Existencia de responsables de EpS y participación comunitaria en el área y en los equipos de Atención Primaria.
- ▶ Existencia de comisiones de participación comunitaria en el área y en las zonas básicas (90%).
- ▶ Priorización de la formación en EpS grupal (130 profesionales formados).
- ▶ Existencia de una línea de investigación en promoción de la salud.
- ▶ Creación y mantenimiento de un banco de proyectos de EpS y establecimiento de un sistema de acreditación de proyectos educativos.
- ▶ Las zonas básicas tienen asignados y asumidos como población los centros educativos y asociaciones de su territorio.
- ▶ Presencia continua en medios de comunicación tanto locales (radio y televisión) como nacionales.
- ▶ Participación de forma estable en diversos órganos de coordinación de los distritos (mesas de salud escolar, consejos de salud, etc.).

¿Qué son los
procesos comunitarios?

Un proceso de intervención comunitaria siempre debe arrancar y tiene que ver con necesidades, aspiraciones, problemas o temas de interés para la comunidad. Por eso el proceso comunitario persigue mejorar las condiciones de vida de la población y que la comunidad sea protagonista de las cosas que le atañen.

Hablamos, pues, de procesos a medio y largo plazo, de tipo global y centrados en una comunidad concreta, entendida ésta como el conjunto formado por los siguientes elementos y sus interrelaciones: territorio, población, recursos y demandas.

El proceso tiene siempre tres protagonistas: las administraciones públicas (fundamentalmente la local), los recursos técnicos y la población, y los tres deben implicarse en el proceso. Las administraciones deben facilitar y colaborar en el mismo, los técnicos han de asesorar desde su ámbito com-

LA PARTICIPACIÓN ES LA ESTRELLA DEL PROCESO. SIN LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRES PROTAGONISTAS, CADA UNO EN SU PAPEL, NO HAY PROCESO COMUNITARIO

petencial y la población debe participar activamente en el proceso.

A continuación enumeramos las principales características de la metodología de los procesos comunitarios: información, coordinación, conocimiento de la realidad, perspectiva global, participación ciudadana y, por último, cuál es el papel del centro de salud.

1. Información, sin información no hay participación:

- La información es pública, no se excluye a nadie. Todos los conocimientos deben ser compartidos.
- Se debe dar la misma información a los tres protagonistas, instituciones, técnicos y población, pero con lenguajes adaptados.
- Los instrumentos utilizados para la información son, entre otros, los siguientes: cartas, actas, documentos, fichero de recursos, hojas informativas, carteles, folletos, guía de recursos, monografía y periódico.

2. Coordinación. Es un instrumento básico para los recursos técnicos:

- No se excluye a nadie, cada servicio decide su nivel de implicación.
- Debe integrar el trabajo que ya están haciendo todos los recursos de las zonas: públicos, privados, organizaciones no gubernamentales, etc.
- Para garantizar la continuidad, la implicación es del recurso o institución no de las personas.
- La coordinación del personal técnico debe formar parte del trabajo profesional (no voluntariado) y contar con el apoyo institucional.

- Sin coordinación no hay intervención comunitaria.

3. Conocimiento y comprensión de la realidad a través de estudios cuantitativos y de la utilización de técnicas cualitativas.

4. Perspectiva global:

- Del diagnóstico de salud al diagnóstico comunitario.

- De las prioridades del equipo a las prioridades compartidas.

- De los programas sanitarios a los programas interdisciplinarios.

- Del protagonismo del equipo al protagonismo de la población.

5. Participación ciudadana: a través de la participación como proceso educativo y como cesión de poder se pretende conseguir:

- Del ciudadano «consumidor» de prestaciones, un ciudadano agente de su propio desarrollo.
- Del ciudadano individual, una población organizada.

6. Papel del centro de salud:

- Dinamizar el inicio del proceso.
- Traspasar la iniciativa a la población.
- Colaborar posteriormente como un servicio más del barrio.

Cómo surge esta iniciativa

En 2002, en el marco de la elaboración del Plan Estratégico de Área, se estableció la línea estratégica de orientación al ciudadano en la que se planteó revisar las líneas que podían facilitar una orientación real hacia el ciudadano, entre ellas, la de participación comunitaria.

Hay que señalar que en la gerencia existía interés en esta reorientación, mediante el establecimiento de un espacio de reflexión y balance de lo trabajado hasta el momento, debido a la crisis de algunos

MEDIANTE LA COORDINACIÓN, SE DEBE INTEGRAR EL TRABAJO QUE YA ESTÁN HACIENDO TODOS LOS RECURSOS DE LAS ZONAS: PÚBLICOS, PRIVADOS, ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, ETC.



responsables de participación comunitaria de los equipos que opinaban que la orientación establecida hasta esos momentos no era la más idónea para promover un proceso real de participación. Así pues, en el Plan Estratégico se planteó como objetivo «promover un proceso de reflexión en los profesionales, que permita identificar los aspectos de participación factibles de ser integrados en la cultura y organización del área», lo que ha facilitado el inicio de este proyecto.

Para el desarrollo de este objetivo se formó un grupo de trabajo, coordinado por el responsable de promoción de salud del área y formado por responsables de participación comunitaria, directores de equipo y responsables de enfermería y de unidades administrativas. Este grupo consideró pertinente, antes de establecer un plan de acción, conocer a través de una encuesta los conocimientos, sensibilidades e interés por lo comunitario de los compañeros de los equipos. Se trataba de intentar evitar que nos embarcáramos en un proyecto con un escaso interés e implicación del resto de profesionales, con lo que estaríamos cometiendo el error de centrar los procesos de participación en el voluntarismo de unos pocos y, por lo tanto, incumpliendo uno de los principios básicos de los procesos de participación.

El resultado de la encuesta nos sorprendió, porque inicialmente partíamos de la idea de que existía un escaso interés por este tipo de proyectos. La encuesta, sin embargo, fue contestada por el 60% de los profesionales (incluyendo a todos los grupos profesionales) y se detectó el enorme interés por el tema, así como la necesidad de realizar formación en participación comunitaria.

Nuevamente nos enfrentábamos a otra dificultad, que era decidir qué línea teórica y metodológica nos parecía la más idónea para el cambio de orientación que queríamos incorporar. Después de una revisión bibliográfica, y basándonos en el criterio de algunos profesionales, decidimos elegir como experto y asesor a Marco Marchioni, fundamentalmente porque sus aportes favorecen procesos de empoderamiento de la población y están basados en múltiples experiencias tanto en el territorio nacional como fuera de él.

Así lo hicimos y, en primer lugar, se planteó realizar una formación básica inicial abierta a todos los equipos, con dos requisitos fundamentales: que la formación se ligara al inicio de un proceso de desarrollo comunitario y que era imprescindible la implicación de los miembros del consejo de dirección de los equipos.

La formación se desarrolló durante 30 horas, con un grupo con diferentes grados de motivación, con cierto escepticismo y con alguna resistencia por parte de algunos de los participantes. Creemos importante resaltar los cambios de actitud que se produjeron en algunos miembros del grupo que, tras el curso, manifestaron entender tanto el tipo de procesos y la necesidad actual de que se produzcan, como el lugar que les corresponde a los profesionales sociosanitarios en los mismos.

Durante 2004 y 2005 se ha seguido contando con el asesor y se han realizado cuatro visitas anuales de tres días de duración para seguir profundizando en la metodología, para revisar y evaluar lo realizado, para asesorar a los responsables de los procesos, a los comités técnicos y a los núcleos, y para establecer estrategias en función de las dificultades y el momento de desarrollo de cada uno de los procesos.

¿Qué hemos hecho?

Fase preparatoria: en los equipos

Fruto de la reflexión previa y de la formación antes descrita, y tras un trabajo en sus equipos, un grupo de profesionales asistentes de seis equipos de cuatro centros de salud se plantearon iniciar procesos para promover la participación real de la comunidad en sus respectivas zonas básicas.

Así, durante 2004, se realizaron en cada centro varias sesiones para devolver la formación recibida, debatir y reflexionar sobre el tema, valorar si el equipo apoyaba el inicio de un proceso comunitario y establecer un responsable del proceso, dejando claro que su implicación en el mismo era parte del trabajo del equipo y, por lo tanto, debería ser asumido por éste.



↑ Responsables de procesos.

DURANTE 2004, SE REALIZARON EN CADA CENTRO VARIAS SESIONES PARA DEVOLVER LA FORMACIÓN RECIBIDA, DEBATIR Y REFLEXIONAR SOBRE EL TEMA

LOS GRUPOS INICIALES EMPEZARON A TRABAJAR CON ENTUSIASMO, PERO CON DUDAS DE QUE LAS INSTITUCIONES SE IMPLICARAN DE UNA MANERA REAL

En estas sesiones nos encontramos con profesionales indiferentes, otros con interés por conocer más, etc., pero casi todos coincidían en la necesidad de concretar y saber los tiempos y tareas que tenían que realizar, dada la importante demanda de nuestros equipos y la experiencia de trabajar siempre con proyectos y no con procesos.

Con estas dudas e incertidumbres nos dieron su voto de confianza y empezamos a caminar con una mezcla de sentimientos –dudas, deseos, retos, sobrecarga, etc.–. Contamos con el apoyo del asesor que se reunió con los equipos para clarificar y dar respuesta a las dudas que iban apareciendo a lo largo del proceso.

Comenzamos por iniciar contactos informales con profesionales de otros recursos afines y conocidos por haber compartido con anterioridad otras tareas y espacios de encuentro. Algunos de estos profesionales manifestaron su sorpresa al encontrarse por primera vez al centro de salud en un espacio comunitario, lo que a su vez supuso un estímulo para implicarse una vez más en otro espacio de coordinación (algunos recursos partían de la experiencia en múltiples espacios de coordinación).

Estos grupos iniciales empezaron a trabajar con entusiasmo, pero con dudas de que las instituciones se implicaran de una manera real y apoyaran el proceso, y realizaron un listado de recursos de la zona, a través de informadores clave, para invitarles a participar en el proceso.

Hay que señalar que la credibilidad de los profesionales sanitarios que se implicaban fue uno de los elementos clave en estos momentos iniciales.



↑ Comité Técnico de Leganés.

Fase primera: encuentros con los recursos técnicos de la zona

Con el objetivo de comenzar la coordinación de los recursos técnicos durante 2004 se realizaron las siguientes actividades:

1. Una comunicación formal a los alcaldes por parte de la gerente del área para presentar el proceso e invitarles a participar en él. Posteriormente, se realizaron reuniones para clarificar y responder las dudas que los representantes de los municipios tenían. Los encuentros fueron fluidos y distendidos, pero se evidenciaron las mismas dudas sobre la viabilidad de un proceso de estas características y «extraño» que éste surgiera de los centros de salud. No hay que olvidar que los municipios con los que estamos trabajando tienen una amplia experiencia en mecanismos de participación ciudadana.



↑ Comité Técnico Asesor de M. Carriche.

2. Creación de los comités técnicos asesores (CTA) y de sus núcleos. Se inicia un espacio de encuentro de los diferentes recursos de los territorios en el que participan profesionales de distintas áreas (servicios sociales, educación, etc.) con distintas formaciones y enfoques. Cada profesional acude con sus propias expectativas; las distintas actitudes se reflejan en los comentarios que reproducimos a continuación:

- «Motivación por el reconocimiento profesional por ser invitado.»
- «Ilusión por poder recuperar la parte de concepción del trabajo que va más allá de la mesa del despacho y de la institución en la que se trabaja.»
- «Un espacio de coordinación más.»

7 «¿Para qué vamos a complicarnos la vida?»

7 «Malestar por el reencuentro con compañeros con los que hacía tiempo se había roto la comunicación.»

De cualquier forma, lo que se evidenciaba era que el centro de salud, al hacer una invitación en unos territorios con historias y experiencias previas, producía respuestas diferentes en los profesionales.

Paralelamente, la gerencia del área invitó a participar a todos los recursos técnicos de los cuatro territorios a un espacio de encuentro con el asesor para clarificar los aspectos metodológicos y técnicos del proceso. A esta sesión, presidida por la gerencia y realizada en un centro de salud, acudieron más de 70 recursos y posibilitó que se produjesen encuentros informales entre el personal técnico de los territorios.



↑ Núcleo de M. Curie.

Cada zona ha constituido un CTA, estructura estable de participación de los técnicos de la zona básica que participan en el proceso comunitario y que tiene funciones de información y difusión del proceso, y un núcleo, formado por profesionales técnicos pertenecientes al CTA y que asume las funciones de organización del comité.

Los núcleos se han convertido en piezas clave como facilitadores de la organización y el trabajo de los comités, ya que asumen tareas y la responsabilidad de forma natural, con respeto y sin ningún afán de protagonismo.

Durante 2004 y 2005, los comités han realizado, entre otras, las siguientes actividades: 1) diseño de una ficha de recursos y la cumplimentación de la misma por parte de todos los recursos; 2) revisión y modificación de las fichas para que puedan ser

utilizadas por la población como guía de recursos, y 3) presentación en cada comité de los diferentes recursos según un guión previo consensuado. Hay que señalar que de esta coordinación se han producido sinergias espontáneas de colaboración en temas puntuales y específicos que están dando ya sus frutos.



↑ Comité Técnico de Fuenlabrada.

Podemos decir que en el momento actual los comités técnicos y sus núcleos están consolidados (véase tabla IV) y hay un compromiso tanto individual como grupal con el proceso comunitario. Asimismo, están participando de forma regular tanto los recursos específicos de cada territorio como los recursos de segundo nivel (los que trabajan para todo el municipio).

Hay que subrayar que se han superado sentimientos individuales de protagonismo, de ritmos len-

TABLA IV.
COMITÉS TÉCNICOS ASESORES.
ELEMENTOS POSITIVOS

- ▶ Los CTA y sus núcleos están consolidados.
- ▶ Están participando de forma regular los recursos de cada territorio.
- ▶ En los CTA se han superado sentimientos individuales de protagonismo.
- ▶ Se está construyendo un espacio que permite poner en juego todas las capacidades y habilidades personales.
- ▶ La formación conjunta a todos los recursos ha contribuido al éxito del proceso.

LOS COMITÉS CONSTITUYEN UN ESPACIO EN EL QUE NO SÓLO SE PUEDEN RECOGER APORTACIONES, SINO EN EL QUE TAMBIÉN ES POSIBLE RESOLVER LAS DUDAS Y REFLEXIONAR SOBRE LAS DIFICULTADES E INDECISIONES

tos y sensación de no avance y de realizar un trabajo repetitivo y poco gratificante como la guía de recursos. El hecho de haber planteado una metodología dinámica, abierta y de respeto a todas las opiniones ha posibilitado ir trabajando las dificultades que la propia complejidad del proceso ha ido planteando.

Asimismo, es importante destacar la sensación por parte de los profesionales de estar construyendo un espacio que permite poner en juego todas las capacidades y habilidades personales y dar lo mejor, tanto a nivel personal como profesional. Un espacio en el que no sólo es posible recoger aportaciones, sino que también permite resolver dudas y reflexionar sobre las dificultades y las incertidumbres.

Otro de los elementos positivos ha sido la formación conjunta a todos los recursos de los cuatro territorios que realizó el asesor, mediante un taller de 10 horas, y que fue subvencionada por la Comunidad de Madrid. Esta formación conjunta facilitó la comprensión del proceso y, sobre todo, permitió profundizar en la necesidad de coordinación de los recursos para poder dar respuestas globales e integrales a los problemas y necesidades actuales, cada día más complejos y multifactoriales.

Sin embargo, también hay que señalar que no fue igual de favorecedor el encuentro específico que realizó el asesor con los servicios educativos de los dos municipios en la sede de la Dirección Territorial Sur de Educación, y a la que acudieron directores, responsables de unidades y orientadores psicopedagógicos.

En dicha reunión se pretendían, y no se lograron, los siguientes objetivos: 1) conseguir el apoyo institucional explícito a los profesionales que están participando en los comités; 2) favorecer que la Dirección Territorial estableciera una organización que permitiera la participación de sus profesionales en el proceso, y 3) que se establecieran sistemas para mantener informados de la evolución del proceso a todos los recursos educativos de los cuatro territorios.

Actualmente los recursos educativos que están participando lo hacen con el apoyo de sus claustros y con el conocimiento de su institución. Si bien queda pendiente un desarrollo más en profundidad de los objetivos que nos habíamos planteado. En este momento tenemos expectativas de poder seguir avanzando tras las últimas reuniones mantenidas con la institución educativa.

Fase segunda: salida a la comunidad

La salida a la comunidad se va a materializar en los I Encuentros Comunitarios, que suponen un paso cualitativo muy importante para la consolidación del proceso que hemos iniciado y nos colocan en un lugar de exposición que, aunque necesario, también nos despierta sentimientos de inquietud y de inseguridad ante la respuesta de la población y de las instituciones.

Las tareas más importantes que estamos desarrollando desde los comités para la preparación de los Encuentros son las siguientes:



- ↑ Instituto de Enseñanza Secundaria de Fuenlabrada.
- Recogida de documentación (informes, estudios, memorias, etc.) para la elaboración de indicadores de una monografía comunitaria que nos permita ir avanzando en el conocimiento de los territorios.
- Revisión de los listados de asociaciones que nos han facilitado las concejalías de participación ciudadana de ambos municipios, identificando las de cada territorio y las que actúan en todo el ámbito municipal.
- Diseño de una ficha que permita recoger los recursos de las asociaciones que formarán parte de la futura guía de recursos.
- Presentación de los comités a las asociaciones a través de cartas, documentos e informes.
- Preparación, a través de la técnica del sociograma, de los coloquios con las asociaciones que nos permitirán identificar las dificultades que puedan surgir en el desarrollo de estas entrevistas.

ES IMPORTANTE DESTACAR LA SENSACIÓN POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ESTAR CONSTRUYENDO UN ESPACIO QUE PERMITE PONER EN JUEGO TODAS LAS CAPACIDADES Y HABILIDADES PERSONALES Y DAR LO MEJOR, TANTO A NIVEL PERSONAL COMO PROFESIONAL

En este momento, la mayor complejidad con la que nos enfrentamos es el importante número de asociaciones existente, especialmente de ámbito municipal, lo cual nos plantea dificultades a la hora de realizar los coloquios previos a los encuentros por la sobrecarga que va a suponer para los profesionales. Para dar respuesta a esta dificultad se están analizando las siguientes estrategias:

- Presentación e información conjunta de los procesos de cada municipio a las asociaciones de segundo nivel dado que son comunes.
- Trabajar criterios para agrupar las asociaciones y poder realizar varios coloquios de forma conjunta.
- Seleccionar aquellas asociaciones que por su ámbito de desarrollo o características específicas requieran realizar coloquios individuales.

¿Qué nos queda por hacer?

En el último trimestre de 2005 y durante 2006, cuatro son los momentos clave del proceso que tenemos que trabajar y que suponen un reto importante para consolidar estructuras y órganos de participación:

1. Realización de los I Encuentro Comunitario, en los cuales se entregará la Guía de recursos de cada territorio como primer producto de un trabajo conjunto y coordinado. En este I Encuentro pretendemos promover que la población cree una estructura organizativa que facilite su participación en el proceso.
2. Realización de un **diagnóstico comunitario** en cada territorio que incluirá el estudio de indicadores, que ya se está realizando, con información de tipo cualitativo, que se recogerá mediante la técnica de la audición de grupos y testigos privilegiados.

A partir de este diagnóstico, compartido por los tres protagonistas del proceso, se identificarán las necesidades y problemas específicos de cada territorio, para posteriormente poder realizar una planificación comunitaria que permita dar respuesta a los problemas más urgentes.

3. La creación del **equipo comunitario** es una pieza clave para el desarrollo y la dinamización de los procesos comunitarios, ya que supone un recurso inespecífico que trabaja exclusivamente para el proceso, facilitando las interrelaciones entre los tres protagonistas: administraciones, personal técnico y población.

El equipo comunitario estará constituido por uno o dos profesionales del área socioeducativa y/o cultural, con capacidad de llegar a sectores de la población y con horarios flexibles para acomodarse a las necesidades del proceso y sus protagonistas.

4. Creación de una *comisión de seguimiento interinstitucional* que supervise, apoye y haga suyos los procesos. Esta comisión estará formada por representantes de las diferentes instituciones: administraciones locales, Salud Pública, Dirección Territorial de Educación y Gerencia del Área 9 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Reflexiones

1. Desde que iniciamos este proyecto, hemos tenido que superar muchas dificultades, ya que apostábamos por un proceso complejo y difícil en el que teníamos que resolver obstáculos técnicos y metodológicos relacionados con una escasa formación en procesos comunitarios, y con el que pretendíamos poner en marcha procesos que van a contracorriente del modelo social imperante. Procesos que persiguen mejorar las condiciones de vida de la población a través de mecanismos reales de participación de la misma.
2. Las dificultades encontradas en cada una de las etapas las hemos podido ir solucionando gracias al trabajo y a la colaboración de todas las personas implicadas en el proceso y a la convicción de estar desarrollando un trabajo serio y con rigor.
3. También hemos contado con apoyos clave, sin los cuales difícilmente podríamos haber desarrollado estos procesos:
 - Apoyo incondicional de la Gerencia de Atención Primaria.
 - Apoyo de los municipios.
 - Formación inicial a los consejos de dirección de los centros de salud.
 - Formación conjunta de los CTA.
 - Constitución de los núcleos.
 - Concesión en 2004 del primer Premio para Proyectos de Actividades Comunitarias de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

APOSTÁBAMOS POR UN PROCESO COMPLEJO Y DIFÍCIL EN EL QUE TENÍAMOS QUE RESOLVER OBSTÁCULOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS RELACIONADOS CON UNA ESCASA FORMACIÓN EN PROCESOS COMUNITARIOS



- ↑ Gerencia de Atención Primaria del Área 9 de Madrid.
- Difusión de la experiencia en los Encuentros del Programa de Actividades comunitarias en Atención Primaria de 2005.
- 4. En estos momentos la experiencia no sólo sigue viva, sino que está favoreciendo la demanda de otros centros de salud para iniciar procesos con la misma metodología.

Hemos querido compartir nuestra experiencia con todas aquellas personas que piensan que hoy día no es posible un trabajo de este tipo a iniciativa de los centros de salud y también con aquellas que, por el contrario, quieren dar una nueva orientación a su trabajo y necesitan el impulso para hacerlo. A estas últimas especialmente queremos dejarles el enriquecimiento personal y profesional de todos los que hemos apostado por desarrollar nuestro trabajo en Atención Primaria tal como se concibió y se recoge en sus principios fundamentales.

Nos gustaría terminar con unos versos de Bertold Brecht:

La utopía está en el horizonte:
camino dos pasos
y el horizonte se corre diez pasos más allá.
Doy tres pasos más y se aleja dieciséis pasos...
Entonces ¿para que sirve la utopía?
Pues para eso sirve: para caminar.

Bibliografía

- Fernández Sierra J, Santos Guerra MA. Granada. Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria. Málaga: Aljibe; 1992.
- Gutiérrez T, Raich R, Sánchez D, Deus J. Instrumentos de evaluación en psicología de la salud. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
- López de Ceballos P. Un método para la investigación-acción participativa. Madrid: Popular; 1990.
- Marchioni, M. Organización y desarrollo de la comunidad. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales; 2001. (Documentación del Curso de Intervención Comunitaria, 2003.)
- Ministerio de Sanidad. Salud 21. Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Series n.º 5. Madrid: Ministerio de Sanidad; 1998.
- OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de Salud en el siglo XXI. Comunidad. 1997;29-34.
- OMS. Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. Serie Informes Técnicos; 809. Ginebra; 1991.
- Primeras Recomendaciones PACAP ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? 2ª ed. Madrid: Ed. semFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid; 2004.
- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1992.
- Valles S, Madrid M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexiones metodológicas y práctica profesional. Madrid: Síntesis (Sociología); 1997.
- World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.