

# El Carmel:

## una experiencia en salud comunitaria

### Autoras:

Isabel Montaner (médico de familia) y Anna Roig (trabajadora social) en representación de la comisión de salud comunitaria<sup>1</sup> del EAP El Carmel (Barcelona)

EN EL AÑO 2001, EL NÚCLEO MOTOR DE LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA EN EL EAP SE CONSTITUYÓ COMO COMISIÓN DE SALUD COMUNITARIA Y ELIGIÓ LA METODOLOGÍA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

En el presente artículo nos proponemos presentar la experiencia en salud comunitaria de un centro de salud (CS) urbano, ubicado en la ciudad de Barcelona y que provee los servicios de Atención Primaria (AP) a una población de 21.000 habitantes. Antes de entrar con detalle en la descripción de esta experiencia, pensamos que es necesaria una introducción que permita comprenderla mejor.

Con la apertura del CS en noviembre de 1990 el Equipo de Atención Primaria (EAP) realizó un intento de acercamiento a la población, buscando vías de participación y de conocimiento del entorno con un resultado bastante pobre. Las causas de dicho fracaso fueron, principalmente, la falta de experiencia del equipo en técnicas de participación comunitaria y la falta de interés de una gran parte del equipo en la orientación comunitaria de los servicios. Durante varios años la orientación comunitaria fue más un deseo que una realidad. A pesar de ello, se realizaron actividades de formación, un análisis de la situación de salud y su actualización periódica, se iniciaron sesiones de educación para la salud grupal y otras actividades puntuales (charlas, creación de un grupo de ayuda mutua, coordinación intersectorial) conjuntamente con otros servicios del barrio y particularmente desarrolladas por la trabajadora social y enfermería.

Sin embargo, a partir del año 2000 la tenacidad de algunos miembros del equipo y el creciente interés social fueron conduciendo de forma paulatina a una orientación comunitaria más plena y que se encuentra actualmente en fase de desarrollo.

En el año 2001, el núcleo motor de la orientación comunitaria en el EAP se constituyó como *comisión de salud comunitaria* y eligió la metodología de la *Atención Primaria orientada a la comunidad* para avanzar en el proceso, por considerarla la más adecuada en nuestro contexto y porque algunos profesionales del centro han recibido formación al respecto. Así mismo, se decidió continuar con la participación en otras iniciativas, cada una de las cuales utilizaba un método de trabajo diferente.

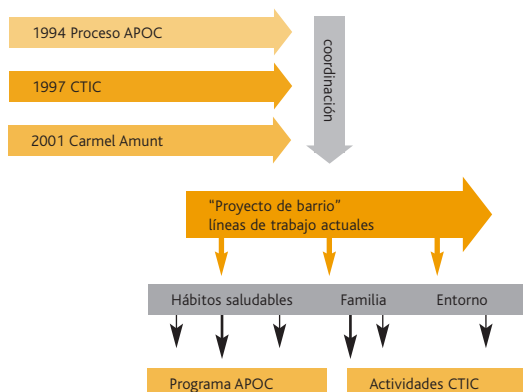
De esta forma, se mezclan en la actualidad distintas metodologías que, desde una visión exterior y superficial, pueden parecer un método ecléctico, pero, desde una visión más cercana y profunda, se comprende que cada una de las metodologías mantiene su esencia, desempeña una determinada función, y en nuestro caso son complementarias y enriquecedoras.

Presentamos a continuación el escenario actual del proyecto comunitario del barrio, haciendo referencia a los antecedentes que han conducido a cada situación, su evolución y los principales obstáculos y fortalezas que hemos encontrado en nuestra experiencia, todo ello con el expreso deseo de contribuir a fomentar la orientación comunitaria y animar a quienes pueda interesar el practicarla.

### Breve descripción del barrio

El barrio de El Carmel se encuentra situado en las laderas de una de las colinas que circundan la ciudad de Barcelona por el noroeste. Su particular orografía condiciona que existan numerosas calles con escaleras y pendientes muy pronunciadas. Se trata de un barrio con un nivel socioeconómico bajo que creció, con los flujos migratorios de las décadas de 1960 y 1970, de forma desorganizada y con viviendas de mala calidad, construcciones realizadas por los propios habitantes y barraquismo. Actualmente, al igual que en el resto de la ciudad, se aprecia una creciente presencia de inmigrantes extranjeros. Diversas actuaciones urbanas recientes (escaleras mecánicas, asfaltado y aceras, biblioteca, etc.) han mejorado el aspecto del barrio pero permanecen varios puntos negros sin resolver, especialmente en cuanto a vivienda e infraestructuras. Los principales problemas de salud del barrio no difieren de los habituales en países desarrollados. La información cualitativa recogida (opiniones de grupos focales en la comunidad y de los profesionales) orienta que la alimentación, los problemas urbanos (mal acceso geográfico, escasa limpieza de las calles, etc.), la dependencia

1. Rosa de la Iglesia, M.<sup>a</sup> Carmen Mas, Antonia Ollero, Rosa Gurpegui y Carme Colomer (enfermeras), Pilar Saez (administrativa), Rosa Casademont (pediatra) y Montserrat Pujol (médico de familia)



↑ Esquema visual sobre el origen y situación actual de la experiencia comunitaria en El Carmel



↑ Barrio de El Carmel

y soledad de los ancianos, se encuentran entre los que más preocupación despiertan.

### Breve descripción del Equipo de Atención Primaria

La estabilidad de los profesionales que trabajan en el centro de salud es su principal característica. La mayoría de la plantilla trabaja en el centro desde su apertura. Esta estabilidad le proporciona un conocimiento bastante profundo de la población con la que trabaja y también facilita la consolidación de las acciones que se emprenden.

El equipo está formado actualmente por 15 enfermeras, 1 auxiliar de clínica, 1 odontóloga, 1 trabajadora social, 10 administrativos, 12 médicos de familia y 4 pediatras. En el CS se prestan servicios curativos de AP, se llevan a cabo los programas de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS), atención al niño sano, atención domiciliaria, educación para la salud grupal (diabéticos) y diversas actividades de orientación comunitaria que son el objeto de este artículo.

En el año 2001 se constituyó formalmente (antes de manera informal y desorganizada) una comisión de salud comunitaria (en adelante "cosaco") que en la actualidad está formada por 1 trabajadora social, 1 administrativa, 1 pediatra, 5 enfermeras y 2 médicas de familia. Esta comisión se reúne periódicamente de forma semanal o mensual, según las necesidades, y actúa como representante del EAP en las reuniones con los diferentes actores de la comunidad. En el año 2001 se logró el acuerdo completo del EAP que nos permite desarrollar el trabajo comunitario de forma integrada con las tareas habituales, como una actividad más. Si bien en algunas ocasiones se han despertado recelos,

poca comprensión y dificultades para adecuar los horarios, se han resuelto con diálogo, tenacidad y sólo en ocasiones con voluntarismo. La cosaco presentó un proyecto para la integración y consolidación de la orientación comunitaria de los servicios de AP, y para implementarlo se decidió avanzar con la metodología de la Atención Primaria orientada a la comunidad (en adelante APOC). Con este proyecto se entró a formar parte, en el 2001, de la red de centros docentes en salud comunitaria de Cataluña que actualmente conforman la red AUPA (Actuando Unidos Para la sAlud).

### Situación del proyecto comunitario actual

En la actualidad la actividad comunitaria en el barrio de El Carmel y también en nuestro CS se desarrolla en tres procesos, de origen distinto, con metodologías de trabajo diferentes y que se entrecruzan y se funden sin perder su esencia:

#### 1. Intervención sobre un problema de salud considerado como prioritario (metodología: APOC)

En el año 1994 se inició en nuestro CS un análisis de la situación de salud que finalizó el mismo año y que concluyó en un listado de problemas que se expusieron a todo el equipo. La técnica utilizada, tal como se propone en APOC, consistió en la recogida de información cuantitativa y cualitativa relacionada directa o indirectamente con la salud (determinantes). Sin embargo, el equipo no tuvo la capacidad suficiente para continuar entonces con el proceso de priorización, intervención y evaluación que propone la metodología, básicamente por falta de tiempo y de colaboración del

LA ESTABILIDAD DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL CENTRO DE SALUD ES SU PRINCIPAL CARACTERÍSTICA



↑ Setmana de la Salut al carrer

resto del equipo al no estar la orientación comunitaria valorada suficientemente. Esta aproximación a los problemas de salud de la población, sin embargo, se mantuvo actualizada periódicamente y se empleó como instrumento formativo para los residentes de la especialidad, estudiantes de enfermería y de trabajo social, a su paso por el CS. La información sobre las opiniones de la propia comunidad se recogió a través de un estudio cualitativo con grupos focales acerca de los principales problemas que la afectan. El trabajo de campo para este estudio cualitativo nos permitió establecer contactos e iniciar una relación de intercambio con algunos grupos de población. Los nuevos datos se fueron incorporando periódicamente al análisis y en el año 2004 la posibilidad de participar en un proyecto de barrio (véase más adelante) nos dió el impulso necesario para avanzar finalmente en la priorización de un problema de salud. Esta priorización se llevó a cabo tras un proceso de discusión interna y con los representantes del proyecto de barrio citado. El problema de salud elegido fue la obesidad infantil y llegados a este punto se decidió abordarlo de la forma menos medicalizada posible, por lo que se redefinió como “hábitos alimentarios inadecuados y falta de ejercicio físico en los niños y jóvenes del barrio de El Carmel”.

Durante el año 2005 se realizó un estudio epidemiológico referido a este problema en una muestra representativa de un grupo de población concreto que se estableció, tras consulta con expertos, en los niños de 6 a 9 años de edad, por considerarlo como un grupo de edad sensible y de fácil acceso. El objetivo de dicho estudio era conocer la situación de la cual se partía (prevalencia de sobrepeso y obesidad, hábitos alimentarios, ejercicio físico y determinantes asociados) y que nos permitiría observar (evaluar) a lo largo del tiempo algunos de los resultados de nuestra intervención.

EL PROBLEMA DE SALUD ELEGIDO FUE LA OBESIDAD INFANTIL Y LLEGADOS A ESTE PUNTO SE DECIDIÓ ABORDARLO DE LA FORMA MENOS MEDICALIZADA POSIBLE

El estudio finalizó en septiembre 2005 y los resultados se encuentran pendientes de publicación.

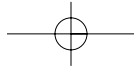
A partir del 2005-2006 se ha planificado e iniciado la intervención, que va dirigida a los niños menores de 18 años, sus padres y embarazadas. La intervención sigue una estrategia principal de Educación para la Salud (EpS), con acciones de prevención primaria y de promoción, aunque se contempla el tratamiento de casos individuales. Las acciones se desarrollan básicamente en tres niveles: individual y grupal en el CS (prevención primaria y secundaria), en las escuelas (prevención primaria y promoción) y en la comunidad (promoción).

Las actividades grupales y comunitarias se incluyen y se desarrollan en el marco del llamado proyecto de barrio, que se describe a continuación. Estas acciones se irán incrementando, agregando nuevas iniciativas e implementando a medida que evolucione el citado proyecto.

La primera evaluación del programa, que tiene vocación de permanencia en el tiempo, está prevista para el año 2007 y para ello se mantiene un registro de todas las acciones que se van desarrollando.

## 2. El proyecto de barrio (metodología: planes de desarrollo comunitario)

Por iniciativa de algunas asociaciones, se promovió, en el año 2000, la realización de un diagnóstico comunitario del barrio que culminó en el año 2001 con la creación de una macroasociación llamada “Carmel Amunt”, cuyo principal objetivo es la dinamización social. El EAP se incorporó a través de la cosaco en el comité técnico del “Proyecto de Barrio” (en adelante PB) que se inició entonces. La evolución del PB fue lenta en sus inicios, dedicándose hasta el año 2005 a convocar y reunir los servicios, creando red y realizando actividades destinadas a fomentar el “sentido de barrio” entre la población. No fue hasta el año 2005 cuando se acabaron de definir las líneas de trabajo y se iniciaron algunas actividades y propuestas concretas. La participación de la cosaco en el comité técnico ha sido constante y fruto de esta participación el EAP ha podido avanzar en su orientación comunitaria, priorizando e iniciando una intervención que en la actualidad forma parte, junto con otras, del PB. A su vez, la existencia de un proyecto concreto por parte del EAP ha aportado su visión sobre el diagnóstico comunitario y ha sido un estímulo para que otros servicios e instituciones del barrio



**El Carmel:**  
una experiencia en salud comunitaria

experienCias

se hayan comprometido, participando, aportando nuevas ideas y enriqueciendo, en definitiva, tanto el PB como el proyecto inicial del CS.

En la actualidad, el comité técnico de la asociación tiene tres líneas de trabajo prioritario: hábitos saludables, familia y entorno. Existen también propuestas para realizar actividades que enlacen transversalmente estas prioridades. Las acciones grupales y comunitarias que conforman el programa de salud del EAP forman parte de este entramado comunitario en la línea de trabajo de hábitos saludables. De forma lenta pero progresiva el programa va creciendo y enredándose (en red) en los diferentes servicios, asociaciones formales e informales del barrio.

Las actividades más significativas que han resultado de esta interacción han sido la creación de un taller de formación sobre alimentación saludable en la AMPA del colegio público de enseñanza primaria, la realización de seis vídeos por parte de niños (10-12 años) de dos escuelas (años 2005 y 2006) sobre alimentación y ejercicio y en el que ha participado la cosaco como técnicos asesores, los maestros de las escuelas y la asociación comunitaria "Carmel Amunt", que ha financiado el proyecto y ha aportado el técnico de vídeo. Se está estimulando la incorporación progresiva de otros centros de enseñanza pública y concertada. En mayo de 2006, se realizó la "Setmana de la Salut al Carrer" (la salud en la calle) con talleres sobre alimentación y compra saludable, muestra-degustación de cocina saludable y otras actividades de educación y promoción de salud.

### 3. La comisión interinstitucional para la vejez (metodología: investigación-acción-participativa)

La Comisión de Trabajo Interinstitucional de El Carmel (CTIC) empezó a consolidarse en el año 1997 gracias a los profesionales de trabajo social de AP de distintos servicios del barrio: centro de Atención Primaria, centro de Servicios Sociales y Cáritas (gestor del programa público de atención social a personas mayores de pensiones mínimas). Esta comisión nació de la necesidad de coordinar los servicios sociosanitarios para la atención de los casos individuales. Los objetivos de la CTIC circunscritos a la problemática relacionada con el envejecimiento son, básicamente: definir líneas prioritarias de intervención según las necesidades detectadas, proveer una atención coordinada de los diferentes servicios e implicar a la población para encontrar respuestas a las problemáticas que la



↑ Muestra-degustación de cocina saludable.

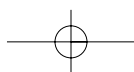
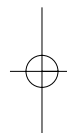
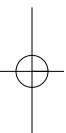
afectan. La metodología de trabajo que utiliza esta comisión sigue la estructura de la investigación-acción-participativa. Su trabajo ha ido implicando cada vez más a los servicios, entidades y a la propia población en la búsqueda de alternativas para la resolución de los problemas que les afectan y de forma intergeneracional. Desde su creación hasta la actualidad, el número de servicios y entidades implicadas ha aumentado de tres (Cáritas, CAP Carmel/CAP Horta y centro de servicios sociales del barrio.) a nueve (biblioteca, centro cívico, tres Casals de Gent Gran, 1 escuela infantil, 2 escuelas primarias, Radio Carmel y Carmel Amunt).

En la actualidad sus actividades se refieren al ámbito individual (protocolo de atención común), grupal y comunitario. A nivel comunitario se organizan anualmente unas Jornadas con el título de "Comptem amb la gent gran al Carmel" (Contamos con nuestros mayores en el Carmel). Durante cuatro días se realizan diversas actividades entorno a un tema previamente consensuado por los distintos grupos promotores de las jornadas. En jornadas anteriores los lemas fueron: "El arte de vivir", "La sabiduría de la edad", "Vecino, ¿me acompañas?". En el 2006, del 6 al 10 de noviembre, se tratará sobre: "el rol de las personas mayores en los nuevos modelos familiares".

De todas las actividades que se realizan en las jornadas hay una principal que se organiza con intención de permanencia en el tiempo. De esta manera, se han creado: el grupo de soporte emocional para cuidadores de enfermos con demencia, el grupo de voluntarios y las caminatas saludables.

La incorporación de la asociación Carmel Amunt al colectivo de entidades que conforman la CTIC conecta otra vez el trabajo comunitario y enriquece el denominado Proyecto de Barrio. Un ejemplo de ello se da en el proceso de reflexión

EN LA ACTUALIDAD  
SUS ACTIVIDADES SE  
REFIEREN AL ÁMBITO  
INDIVIDUAL (PROTO-  
COLO DE ATENCIÓN  
COMÚN), GRUPAL Y  
COMUNITARIO.





A PARTIR DE UNA REUNIÓN CON LA AMPA DEL COLEGIO SE DIÓ A CONOCER EL PROYECTO Y DE ALLÍ SURTIÓ LA PETICIÓN DE LOS PADRES DE REALIZAR UN TALLER FORMATIVO EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE

sobre el respeto, que se enmarca en la línea de trabajo “familia” y que se ha iniciado este año con la participación de distintos grupos y colectivos del barrio.

### La participación de la comunidad

Dejando a un lado definiciones académicas, pasamos a describir cómo se desarrolla la participación comunitaria en esta experiencia y señalamos, en nuestra opinión, de qué adolece y cuáles son las perspectivas de futuro.

**En la línea de trabajo APOC** la participación de la comunidad (PC) estuvo ausente hasta el año 2000 en que se incorporaron las opiniones de los ciudadanos al análisis de la situación de salud. Se trata, en este caso, de una participación en grado mínimo. De esta experiencia cabe destacar que fue útil como instrumento para iniciar contactos directos con la población y dar a conocer nuestro proyecto. En la actualidad, al haber incorporado el programa APOC al *Proyecto de Barrio*, la PC se ha facilitado en el sentido de que se dispone de canales de comunicación comunes y de cierto grado de financiación para desarrollar iniciativas. La estrategia que hemos utilizado hasta ahora, y que podríamos denominar como *bola de nieve*, ha sido estimular las iniciativas a partir de las actividades grupales planificadas en el programa. A modo de ejemplo: a partir de una reunión con la AMPA del colegio se dió a conocer el proyecto y de allí surgió la petición de los padres de realizar un taller formativo en alimentación saludable. Durante el taller, se estimuló a los asistentes a desarrollar alguna actividad de su interés durante la Semana de la Salud en la Calle; la respuesta fue positiva y se desarrolló la actividad “Degustación de cocina saludable” en la que intervinimos como asesores técnicos. A su vez, los participantes en esta actividad harán propuestas que se desarrollarán en el próximo curso escolar. El programa de intervención APOC se ha diseñado de forma abierta a las iniciativas que puedan ir surgiendo a partir de las actividades iniciales programadas y también a las iniciativas que puedan surgir del PB.

**En el ámbito del Proyecto de Barrio**, la PC es incipiente pero desde el principio su objetivo ha sido la dinamización social y, por lo tanto, la implicación de la población. Hasta el momento, diversas actividades del PB (semana de la salud, caminata saludable, el proyecto para desarrollar el sentido de pertenencia al barrio “Miradas del Carmel” y otras) han contado no sólo con una asistencia considerable de ciudadanos, sino que diversas asocia-

ciones del barrio han participado en la organización y no sólo las instituciones y servicios. El aspecto que más debe desarrollarse son las iniciativas comunitarias, ya que hasta ahora han partido fundamentalmente de las instituciones y servicios que conforman el comité técnico.

**Desde la perspectiva de la Comisión Trabajo Interinstitucional del Carmel**, la PC está más consolidada aunque circunscrita a la población diana, que son las personas mayores del barrio, a las jornadas anuales y a las actividades derivadas. En este proceso de trabajo los ciudadanos participan no sólo como asistentes, sino como planificadores de las actividades. Tal como referíamos antes, la CTIC ha iniciado este año, conjuntamente con el PB, un proceso con los ciudadanos a través de distintos grupos y colectivos (escuelas, institutos, escuela de adultos, grupo de mujeres, AMPA, colectivos de inmigrantes, grupos de gente mayor, etc.) para reflexionar sobre el tema del “respeto” y con el objetivo de concluir con propuestas comunitarias concretas.

En cualquier caso, no puede decirse aún que exista una PC plena pero consideramos que las vías para llegar a ella están en marcha y es objetivo de todos llegar a un verdadero empoderamiento.

### Conclusiones

La experiencia que hemos presentado ha sido muy lenta en sus inicios pero actualmente hemos consensuado un interés común y esto nos ha permitido avanzar.

Disponer de una metodología de trabajo es fundamental para iniciar cualquier proyecto en salud comunitaria ya que provee de una cierta seguridad sobre “qué hay que hacer a continuación” y no bloquearse en el camino.

La coexistencia de distintas metodologías de trabajo comunitario es enriquecedora, pero sólo manteniendo una mentalidad abierta que permita flexibilizar y adaptar aquellos aspectos en que puedan diferir sin perder su esencia. En este sentido, podríamos hablar de la conveniencia de disponer de una “caja de herramientas” en salud comunitaria. Dependiendo del momento social, de quién sea el grupo impulsor y de otras circunstancias, puede requerirse un instrumento distinto para cada contexto y escenario, y para ello es conveniente aprender a utilizarlos de forma conveniente, simultánea o consecutivamente.