

La intervención comunitaria en la encrucijada

Hoy nos encontramos ante una encrucijada, pues es cada vez más común considerar los centros sanitarios sólo como una empresa de provisión de servicios cuyo objetivo es satisfacer la demanda asistencial con el menor coste posible. Existe el riesgo de creer que los centros de salud no tienen nada que ver con la promoción de la salud.

Por el contrario, los equipos de atención primaria deben asumir funciones que van desde la prestación de servicios asistenciales hasta la promoción de salud. La estrategia de promoción de salud implica necesariamente la coordinación y la participación de las instituciones, los servicios y los propios ciudadanos. Implica la intervención en y con la comunidad.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Salud (PACAP), programa de la semFYC, contempla distintas y diversas orientaciones del trabajo comunitario (sensibilidades, conceptos, metodología y prácticas). Todas estas orientaciones convergen, sin embargo, en el convencimiento pleno de que a través de la implicación de las personas, grupos y comunidades, fundamentalmente, se puede mejorar el estado de salud tanto individual como colectivo de la población.

Es básico entender la promoción de la salud y la intervención comunitaria como parte integrante de nuestro perfil como profesionales de atención primaria de salud (tabla 1).

Las acciones e intervenciones propias de la atención primaria comprenden no sólo los aspectos curativos sino también, y de forma fundamental, las actividades de prevención y promoción de la salud. La forma más natural y efectiva de llevar a cabo estas acciones es a través de la educación para la salud. Tanto la educación como la promoción de la salud contemplan la participación activa de los individuos y de la comunidad como un elemento estratégico fundamental. No es posible la promoción de la salud sin la participación comunitaria.

En el territorio en que trabajamos, la zona básica de salud, es donde tenemos la responsabilidad como profesionales de atención primaria de salud de asumir la promoción de ésta.

Pero nuestra responsabilidad en la promoción de la salud está necesariamente compartida con el resto de elementos presentes en un territorio: instituciones, en especial la administración local, otros servicios y profesionales de la zona de salud y el tejido asociativo y los ciudadanos.

Es muy importante tener en cuenta que no se nace con el gen de la participación. Los ciudadanos y los grupos aprenden a participar en un proceso que requiere unos ciertos instrumentos y canales que lo hagan viable, y siempre sobre la base de la posibilidad de tomar decisiones y la capacidad de influencia. En este proceso de incorporación

a la toma de decisiones, las personas y los grupos adquieren autonomía y capacidad para actuar y mejorar su situación.

Cuando hablamos de promover la participación comunitaria tenemos que pensar en un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tiene que ver con sus intereses y necesidades, entre otras la de salud.

La participación es un proceso, tanto individual como colectivo, en el que los ciudadanos «aprenden a participar».

Desgraciadamente, la participación comunitaria es un proceso que no se suele dar de forma espontánea y que habitualmente precisa un «impulso» externo. El impulso ejercido desde el

TABLA 1 Estrategia «médica» frente a estrategia de promoción de la salud

	Estrategia «médica»	Estrategia de promoción de la salud
Población diana	Los pacientes	Toda la población
Método utilizado	El caso	La epidemiología
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio	Elevar el nivel de salud
Orientación	A la demanda, al enfermo	A las necesidades de salud
Cronograma	La atención puntual	El proceso continuo de promoción de salud
Diagnóstico utilizado	Sanitario	Comunitario
Tipo de abordaje	Médico, individual	Intersectorial
Herramientas	El acto médico	La educación para la salud, la intervención sobre los determinantes
Educación para la salud	Individual	Con la participación de la comunidad
Protagonismo	De los sanitarios	De la comunidad
Perspectiva	Sanitaria	Global, comunitaria
Soporte científico	La medicina	Todas las ciencias sociales

centro de salud por parte de los profesionales sanitarios para iniciar un proceso de participación comunitaria puede ser un dinamizador muy importante que contribuya a la credibilidad y al éxito de la iniciativa.

Cada centro de salud debe diseñar su propia estrategia de relaciones con el medio social en que está inserto, ya que las realidades organizativas de los centros son distintas y, lo que es más importante, existen variables en la estructura social y la forma de organizarse de la población que hay que tener en cuenta. Todas estas estrategias pueden ser correctas si dan como resultado el desarrollo de actividades dirigidas a potenciar la capacidad de personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades. Un equipo de atención primaria que desea iniciar alguna actividad en la comunidad debe reflexionar previamente sobre algunos principios básicos relacionados con la participación comunitaria.

En primer lugar, hay que entender con humildad que no estamos solos en el «universo comunitario».

Uno de los errores más frecuentes al iniciar una intervención en la comunidad es pensar que nosotros somos su único recurso, o el más importante, y que el tema de la salud constituye el principal centro de interés comunitario. La salud, aunque muy importante, no es el único tema de interés para la comunidad; hay muchos otros problemas que preocupan a la sociedad, como el empleo, la educación, la cultura o las relaciones sociales, por mencionar algunos. Los otros recursos presentes en la comunidad (educativos, sociales, culturales, de ocio, etc.) pueden tener incluso un papel más relevante que el centro de salud para un proceso de participación comunitaria.

Para intervenir en la comunidad tendremos que contar, por tanto, con el resto de los servicios y recursos de la comunidad y tener una visión global, y no únicamente sanitaria, de los problemas de la comunidad.

En segundo lugar, hay que entender que la participación requiere una cesión de poder. En un proceso de participación comunitaria el protagonismo es de la comunidad. El equipo de atención primaria es un recurso más, junto al resto de los servicios presentes en el territorio.

Esta cuestión es clave, puesto que difiere habitualmente de la óptica de los profesionales sanitarios que, cuando plan-

tean a la comunidad alguna propuesta relacionada con la salud, lo suelen hacer desde sus objetivos y prioridades, desde su visión «médica» y no global de los problemas. Lo habitual es que los profesionales sanitarios convoquen a los ciudadanos a una charla o a participar en la distribución de un folleto en el que apenas han influido y del que no se sienten protagonistas.

El centro de salud no es el centro de la comunidad, sino únicamente un recurso más, por mucho peso que tenga; aunque sea el centro de salud el que tome la iniciativa o promueva un proceso de participación comunitaria, la perspectiva es traspasar el protagonismo a la propia comunidad (tabla 2).

Nos cuesta mucho ceder poder y renunciar al control del proceso y eso nos obliga a asumir la mayor parte de las actividades y tareas de forma voluntarista. Esto conlleva para los profesionales de atención primaria, entre otros riesgos, el de «quemarse».

En el fondo, lo esencial desde un punto de vista estratégico consiste en establecer unas relaciones normalizadas con la comunidad.

Por tanto, es fundamental que se descentralice el proceso y que el protagonismo técnico ceda su lugar a un verdadero protagonismo ciudadano. El equipo de salud puede ser el impulsor o promotor pero debe asumirse que el protagonismo y las decisiones recaen sobre la propia comunidad. En tercer lugar, si entendemos la comunidad desde un punto de vista operativo, tenemos que contar con los tres agentes implicados en un proceso de participación comunitaria:

1. La Administración, de la que dependen la legislación, la planificación, los recursos y la financiación. En especial, no podemos olvidarnos de la administración local y, en nuestro caso, de la administración sanitaria de la que dependemos.

2. Los servicios, donde se encuentran los técnicos y profesionales con los que cuenta la comunidad para enfrentar los problemas; especialmente los servicios sociales municipales, los servicios de salud y los educativos. También hay que considerar otros servicios/recursos que aún estando fuera de la zona básica de salud puedan ser útiles en el proceso, como las unidades de toxicomanías, los centros de planificación familiar, los técnicos de salud pública, los centros de recursos educativos, los gabinetes de apoyo escolar, etc.

3. El tejido asociativo y los ciudadanos en general. Serán los protagonistas del proceso. Hay que tener en cuenta que, dado que en nuestro medio el grado de formalización de las relaciones sociales es relativamente bajo, se deben incorporar al proceso tanto las asociaciones y los grupos formalmente constituidos como otros actores y líderes sociales.

De una buena relación de los tres agentes del proceso va a depender el éxito del mismo.

TABLA 2 Estrategias de participación comunitaria

	Estrategia centrada en el centro de salud	Estrategia centrada en la comunidad
Servicio implicado	Centro de salud	Coordinación de servicios intersectorial
Área de interés	Salud/enfermedad	Globales, comunitarios
Diagnóstico	De salud	Comunitario
Organización	Consejo de salud	Grupo comunitario
Método	Directivo	Participativo

La iniciativa de una actividad comunitaria puede surgir de cualquiera de estos tres protagonistas. Cuando surge del centro de salud, las posibilidades de encontrar una buena acogida por parte de los ciudadanos y de las instituciones es mayor. Aunque esto es importante, lo es más que, independientemente de quién sea el protagonista inicial, la estrategia procure implicar a la mayoría de los protagonistas presentes en el territorio en un plazo de tiempo razonable. Desde nuestra perspectiva, como profesionales que trabajamos en un centro de salud, podemos encontrarnos con dos escenarios:

– Llega al centro de salud una iniciativa externa, bien sea del tejido asociativo, de otro servicio de la zona de salud (servicios sociales, un colegio, etc.) o de una institución (ayuntamiento, administración sanitaria, etc.).

Aunque el equipo de salud aún no tenga muy clara o definida su estrategia para implementar actividades comunitarias, es conveniente que las iniciativas provenientes de la comunidad tengan una buena acogida por parte de los profesionales para establecer lazos de confianza y credibilidad. Esto no significa que tengamos que realizar actividades que no consideramos oportunas ni que tengamos que «hacer lo que nos piden». Aunque estas solicitudes sean puntuales, poco elaboradas o no prioritarias (bajo nuestro punto de vista), su acogida será de enorme utilidad en el futuro.

– La iniciativa parte del propio centro de salud, bien como respuesta a un problema de salud concreto (toxicomanías, embarazo en adolescentes, etc.) o como estrategia del equipo para contribuir de forma más eficaz a la salud de la comunidad con la que trabajamos.

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

Este último escenario es el ideal, aunque los demás pueden servir también para iniciar procesos de intervención comunitaria.

En cuarto lugar, es importante que cada equipo de atención primaria analice en qué situación se encuentra respecto a las actividades comunitarias. Puede ser de utilidad establecer diferentes niveles de participación para que cada equipo pueda determinar en cuál de ellos se encuentra y, por tanto, de qué situación parte. De modo orientativo, se pueden definir cuatro niveles que reflejan distintos grados de desarrollo de las prácticas comunitarias y que tienen que ver con la cesión de poder (*empowerment*) de la comunidad:

– En un primer nivel, los ciudadanos no tienen ninguna posibilidad de influir en la toma de decisiones acerca de su salud y acerca del servicio que reciben en el centro de salud. Los profesionales realizan una atención individual a la demanda que se presenta espontáneamente en las consul-

tas. El ciudadano es un cliente que utiliza un recurso asistencial. Tampoco se tienen en cuenta sus condicionantes familiares y sociales.

– En un segundo nivel, los ciudadanos no tienen posibilidad de influir en la toma de decisiones pero disponen de algunos espacios de comunicación con los sanitarios, además de la consulta. Hay buzones de sugerencias, grupos de diabéticos, charlas de planificación familiar, etc.

El centro puede disponer de una trabajadora social que lleva a cabo su labor en su despacho con cita previa, y a la que se derivan los «problemas sociales». En las consultas, la historia refleja algún apartado sociofamiliar, pero la atención es únicamente asistencial. Hay un programa sociosanitario de asistencia domiciliaria, y en ocasiones un profesional da alguna charla en el local de la asociación de vecinos.

Nadie duda de que el control lo ejercen los sanitarios desde el centro de salud, aunque hay una cierta apertura a la comunidad, con una sensibilidad hacia «lo social» pero con orientación asistencial y teniendo «la sartén por el mango».

– En un tercer nivel, la salud sigue siendo de la exclusiva competencia del centro de salud y de los sanitarios. Los ciudadanos apenas tienen capacidad de influencia en la toma de decisiones. Sin embargo, un grupo de profesionales, con la colaboración del resto, ha realizado una aproximación al diagnóstico de salud ayudados por un técnico de salud pública del área, y han extraído unas conclusiones.

Se han priorizado problemas y se ha puesto en marcha un grupo de autoayuda y un taller de mujeres con la colaboración altruista de un/a amigo/a. En el grupo de diabéticos, éstos han tomado la iniciativa y se ha decidido que las reuniones se hagan en el centro cívico del barrio, por la tarde. Además, se está elaborando un folleto con la enfermera y planificando las actividades para el próximo año.

El centro de salud se ha planteado más proyectos para el futuro. Por ese motivo se han puesto en contacto con los representantes del tejido asociativo y con profesionales de otros servicios. En la primera reunión les han entregado el voluminoso documento del «Diagnóstico de Salud», en el que la enfermedad cardiovascular, con sus determinantes de hábitos poco saludables, aparece como el problema número uno. La propuesta del centro de salud es que la comunidad participe en la puesta en marcha de un programa de hábitos saludables. Además, se propone la constitución de un consejo de salud como instrumento de participación de los ciudadanos.

Hay una evidente preocupación por parte de algunos sanitarios por la promoción de la salud y la intervención comunitaria. Hay una llamada a la participación de la comunidad, pero sobre los problemas que el centro de salud ha definido. El consejo de salud se mantendrá en función del voluntarismo de los sanitarios que lo están «manteniendo», con una participación formal de algunos dirigentes del tejido asociativo.

En este nivel, la participación, la capacidad de influencia, y el *empowerment* de la comunidad son escasos, y el peligro de voluntarismo y el desencanto de los profesionales son muy grandes. Se trata de una intervención comunitaria, pero focalizada en el centro de salud y en los sanitarios.

– En un cuarto nivel, el tejido asociativo y los ciudadanos han constituido un órgano comunitario representativo y capaz de protagonizar un proceso de participación de tipo global. Un grupo de ciudadanos interesados en la salud, con la colaboración de profesionales del centro de salud, están constituyendo una especie de consejo de salud.

El centro de salud, junto con un instituto de enseñanza media, los servicios sociales municipales y la asociación de padres y madres de alumnos, han puesto en marcha un programa de promoción de la salud destinado a disminuir el consumo de tabaco en los escolares. El tema se ha convertido en un «centro de interés» del instituto y se ha constituido un grupo de salud con la participación de los alumnos.

Se ha solicitado nuestra colaboración en la realización del diagnóstico comunitario en el aspecto sanitario, y participamos en un equipo técnico, junto a otros profesionales del barrio, para lograr un diagnóstico y prioridades compartidas. Los profesionales del centro de salud, junto a otros servicios y profesionales, participan en el proceso como técnicos, asesores, dinamizadores y facilitadores del mismo. El protagonismo ya no está en el centro de salud, el cual propone iniciativas o recibe propuestas de la comunidad para poner en marcha programas de salud, muchas veces de forma interdisciplinaria junto con otros servicios de la comunidad.

En este nivel, los ciudadanos y el tejido asociativo tienen una real capacidad de influencia y decisión. Los sanitarios están al servicio de la comunidad como técnicos y profesionales en materia de salud; la promoción de la salud y la

intervención comunitaria están centradas en la propia comunidad.

Es evidente que a esta situación se llega mediante un proceso que puede iniciarse desde el centro de salud o desde otro lado, y que consiste en el *empowerment* y el traspaso de la iniciativa a la propia comunidad. Este nivel es el que garantiza una mayor y más real participación y el que precisa un menor voluntarismo de los sanitarios.

Con el establecimiento de estos niveles de relación del centro de salud con la comunidad intentamos reflejar la situación actual, a riesgo de pecar de simplismo, pero con la intención de que sean de utilidad para reflexionar sobre lo que hacemos y lo que queremos hacer. No son niveles estancos, la situación es dinámica y se puede cambiar nuestro nivel de relación con la comunidad en cualquier momento.

Desde el PACAP queremos hacer una aportación metodológica a todos los profesionales que desde un centro de salud trabajan o quieren trabajar con la comunidad en la promoción de la salud. Representa una visión un poco menos «médica», más participativa y, por tanto, más promotora de salud. Al mismo tiempo, pretendemos evitar el voluntarismo y el desencanto de los profesionales.

Por ese motivo, el PACAP ha elaborado unas recomendaciones acerca de cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria desde el centro de salud, publicadas por la semFYC, que estarán a disposición de todos los profesionales de los equipos de atención primaria interesados, y de los que integran la red de centros de actividades comunitaria del programa PACAP.

L. Astray Coloma

Médico de Familia. Miembro de la comisión permanente del PACAP.