



La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración sociocomunitaria

Paloma Bru Martín, socióloga

Manuel Basagoiti R., sociólogo

Correo electrónico: arteyparte@wanadoo.es

PRESENTACIÓN: LAS VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

A modo de introducción, y partiendo de un diagnóstico autocrítico de la realidad de la participación, parece evidente que las instituciones locales y los movimientos sociales disponen, hoy por hoy, de un escaso margen de maniobra para *transformar el mundo*, pero dicho esto, vale la pena reflexionar sobre las ventajas de la participación y la necesidad de políticas públicas que la refuercen y promuevan.

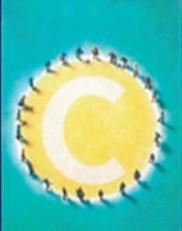
La participación permite la adecuación de las respuestas desde lo público hasta las necesidades y demandas de los ciudadanos. La participación y la consulta permiten anticiparse a ciertas demandas ciudadanas antes de que éstas cristalicen en reivindicaciones que pueden producir respuestas apresuradas, escasamente planificadas y probablemente más costosas económicamente.

La participación favorece una mayor eficiencia en la intervención pública, al producirse respuestas y propuestas bien orientadas que optimicen recursos: mejores servicios con iguales recursos.

La participación profundiza en la democracia y facilita la articulación social. Se trata de asumir que la fragmentación y dialéctica social pueden posibilitar el cambio si se abordan desde un planteamiento complejo y dinámico de las relaciones sociales y la construcción colectiva de propuestas innovadoras.

La participación introduce las perspectivas de los diferentes actores sociales (mayoría silenciosa, sectores de base, minorías activas, agentes económicos e instituciones) en el ámbito de la planificación y la intervención y permite orientar y gestionar de forma complementaria aquellos procesos planificadores que han identificado claramente los intereses de los ciudadanos.

Finalmente, la participación permite alcanzar u obtener el mayor consenso posible, público/privado/ciudadano, a través de distintos procesos abiertos de consulta y debate, ya sea dentro del modelo tradicional de participación local mediante normas y reglamentos de participación local, consulta ciudadana o



referéndum, o bien dentro de las nuevas estrategias y dinámicas de participación que más adelante se van a exponer.

Las metodologías participativas, como herramientas complementarias del trabajo profesional en el ámbito microlocal (un barrio, distrito o municipio), pueden contribuir a alcanzar el «objetivo último» de integración comunitaria y cohesión social. La participación ciudadana es un medio para mejorar la calidad de vida. Como institución pública al servicio de los ciudadanos, los profesionales del área de la salud deben estar también comprometidos con el medio local en términos de *calidad*, ofreciendo buenos servicios a los ciudadanos; de *eficiencia*, optimizando recursos y procesos, y de *apertura*: claridad, transparencia, comunicación y participación.

Esta responsabilidad pública y social debe articularse en *cuatro grandes ejes*:

- Comprensibilidad del sistema sociosanitario, dado el aumento de áreas e instancias interrelacionadas y su complejidad creciente.
- Respuesta a las necesidades que los ciudadanos plantean en el campo de la salud.
- Accesibilidad: capacidad real de un individuo particular para interactuar con la Administración.
- Fomento de la participación activa: posibilidad de ser partícipes, tanto en la toma de decisiones como en la cooperación activa con la Administración, de cara a la satisfacción de las necesidades colectivas, más allá del derecho a *ser informados*.

Ante este reto, la Medicina de Familia y Comunitaria y las áreas de Atención Primaria, tradicionalmente las más cercanas al ciudadano, parecen estar en mejor posición para abrir sus

actuaciones a la participación de la comunidad local. Esta última, naturalmente, vive los problemas y carencias como algo muy cercano, a la vez que produce complejos juegos y conflictos de intereses sociales a los que la institución debe dirigir su mirada con intención de comprenderlos e interactuar con ellos. Los *consejos de salud* son espacios de relación en contextos locales que se pueden aprovechar como marcos privilegiados para la participación de la ciudadanía en los temas que les afectan y para llevar adelante sus propuestas e iniciativas de mejora.

MODELOS DE PARTICIPACIÓN: LA PARTICIPACIÓN CLÁSICA REGLAMENTADA

Un enfoque orientado hacia los derechos ciudadanos incorpora ciertos dispositivos o instrumentos de recepción de sugerencias, peticiones y quejas, así como de comunicación e información individualizada. Instrumentos como las líneas directas de alcaldía, ventanillas únicas, teléfonos de información, oficinas de información municipal, espacios de expresión ciudadana en los medios de comunicación públicos, buzones, etc., son los más frecuentemente utilizados. También es posible desconcentrar este tipo de gestión, con el fin de acercarla más al ciudadano, a través de unidades administrativas municipales por barrios, distritos, zonas homogéneas, etc.

Otro mecanismo de participación relacionado con los derechos de ciudadanía es la *consulta ciudadana*, bien en temas puntuales con el fin de conocer la opinión relativa a una actuación única y específica a través de referéndum, o bien en procesos de mayor duración y de mayor calado y relevancia para el futuro de la ciudad, como planes integrales, estratégicos, de urbanismo, etc.,



en los que la consulta y la participación son requisitos de implicación ciudadana.

Este tipo de consultas ha sido experimentado con notable éxito, consiguiendo una importante o adecuada aproximación de los ciudadanos a los temas de debate. La consulta se puede articular en dos niveles:

- La consulta individual, a través de la técnica de encuesta o referéndum, incluyendo o no criterios muestrales de representatividad. Produce un efecto pragmático, de toma de conciencia o generación de opinión.
- La consulta colectiva a asociaciones, entidades, instituciones públicas y privadas, mediante comisiones ciudadanas, grupos de debate, técnicas o dinámicas de grupo tipo Delphi. Está más basada en la representación de intereses, opiniones y posiciones respecto a la ciudad y tiene la capacidad de provocar debates e iniciativas más sectorializadas y especializadas.

MODELOS ALTERNATIVOS: LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

Tanto la participación territorial, por ejemplo, a través de consejos de barrio, como la sectorial, por medio de consejos específicos de mujer, juventud, salud, etc., adolecen de excesiva reglamentación y formalización y actúan de forma disuasoria, provocando la huida de aquellos que desean hacer una propuesta a título individual o en un momento determinado.

Para empezar, la participación ciudadana se podría facilitar con el simple acercamiento de la institución a la base del tejido social a través de monitores, animadores o trabajadores de calle, que recogieran propuestas *in situ*, dinamizaran el

trabajo de debate en el nivel de base, barrio o zona, para después trasladar esas propuestas e iniciativas a los órganos centrales de la institución municipal y las respuestas correspondientes a los ciudadanos implicados. Se trata, en fin, de reglamentar lo mínimo posible, facilitar el acceso de todos los ciudadanos y abrir un número mínimo de comisiones de trabajo, por ejemplo, por grandes ámbitos que se corresponden con las áreas de gestión municipal.

En todo caso, es necesaria la confluencia entre la voluntad política, el compromiso de los técnicos y profesionales, la responsabilidad del movimiento ciudadano y la implicación del tejido social «informal» (*conjunto de acción ciudadanista*) para crear nuevos espacios de participación útiles y dotarlos de contenido específico y desarrollo permanente.

LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

La meta última de la investigación-acción participativa (IAP en adelante) es conocer para transformar; siempre se actúa en dirección a un fin o un «para qué», pero esta acción no se hace «desde arriba» sino desde y con la base social.

Dentro de este proceso secuencial «*conocer-actuar-transformar*», la investigación es tan sólo una parte de la «*acción transformadora global*», pero hay que tener en cuenta que se trata ya de una forma de intervención, al sensibilizar a la población sobre sus propios problemas, profundizar en el análisis de su propia situación u organizar y movilizar a los participantes.

Desde la óptica de la IAP, la población es el agente principal de cualquier transformación social y de su activa colaboración dependerá el



cambio efectivo de la situación que vive. Esta postura rechaza, pues, el asistencialismo que impera en la mayor parte de los programas gestionados «desde arriba» por un Estado benefactor, una institución social o un equipo técnico de profesionales. Por tanto, el objeto de estudio o problema a investigar parte del interés de la propia población, colectivo o grupo de personas y no del mero interés personal del investigador.

En consecuencia, se partirá de la propia experiencia de los participantes, de las necesidades o problemas vividos o sentidos. Con esta metodología se trata de *explicar*, es decir, de entender más y mejor la realidad, de *aplicar*, o sea, de investigar para mejorar la acción y de *implicar*, esto es, de utilizar la investigación como medio de movilización social. La IAP como herramienta o instrumento para generar tejido social ha sido ampliamente desarrollada por T. Rodríguez-Villasante y colaboradores, a través del «*método de análisis de redes y conjuntos de acción*».

En la IAP, el objeto de estudio tradicional de la investigación social, la población, pasa a ser sujeto que investiga. Esta práctica autorreflexiva se instrumentaliza u operativiza en el «principio de dialogicidad» de P. Freire, según el cual el investigador y la población establecen una relación de comunicación entre iguales, un diálogo horizontal entre educando y educado, investigador y población basado en la reciprocidad.

La participación de la población, colectivo o grupo puede adoptar dos formas básicas, aunque entre ambos polos se pueden establecer toda una serie de posibilidades según cada situación concreta. Así, puede participar durante todo el proceso, en la selección del problema u objeto de estudio, diseño de la investigación, trabajo de campo, análisis de resultados y diagnóstico crítico,

elaboración de propuestas, debate y toma de decisiones, planificación y ejecución de actividades y evaluación de la acción. O bien de una forma parcial, es decir, participando en algunas de las fases, por ejemplo, en el diseño pero no en la realización de la investigación para, una vez obtenidos los resultados, discutir y analizar posibles propuestas de actuación.

La colaboración entre los técnicos y los sectores de base ha de partir de la asunción de un compromiso político-ideológico por parte de los primeros. Este compromiso explícito supone orientar, ayudar, movilizar, sensibilizar en la producción de un conocimiento que ayude a mejorar la propia realidad. Se acaba, pues, con la pretendida imparcialidad de la ciencia, o su falta de intencionalidad, siempre se produce un saber para alguien y/o para algo.

Por último, es conveniente señalar que la IAP no es una metodología de investigación exclusiva, ya que no es la única forma de alcanzar el desarrollo político, económico, social y cultural de una comunidad, ni excluyente, dado que no sustituye a otras técnicas de investigación y análisis de la realidad. Su aplicación dependerá de las posibilidades, necesidades y recursos con los que nos encontramos en cada situación concreta. No obstante, hay que recordar que la IAP sólo puede ser aplicada en ámbitos reducidos, tales como un barrio, organización, distrito, comunidad rural, etc., a fin de que la participación sea realmente efectiva y la población llegue a tomar las riendas del proceso de transformación.

Los elementos definitorios o «*ideas fuerza*» de un *proceso participativo* son:

- **Conocimiento.** La IAP supone un reconocimiento de uno mismo, de otras personas o grupos, del entorno y del mundo. Es un proceso de *reencuadre* que permite analizar la historia desde otro punto de vista y



analizar aspectos, tales como: a quién beneficia una determinada situación, a quiénes les ha interesado mantenerla o cómo construimos la situación desde nuestro lenguaje. Asimismo es un proceso de *redefinición* que ayuda a definir lo que se quiere cambiar y de *reidentificación*, ya que mediante el mismo facilitamos que las personas y los grupos encuentren sus potencialidades y las de los demás para trabajar sobre ellas.

- **Formación.** Se parte de la idea de que cada vez que tengamos un nuevo conocimiento sobre una situación, hemos de reflexionar sobre si se ha creado un nuevo espacio para que las demás personas también lo tengan. Preguntas, tales como: ¿avanzamos todos al mismo ritmo?, ¿tenemos todos posibilidad de participar si queremos hacerlo?, se deben abrir en este proceso si queremos que se den la participación y el cambio.

Es evidente que la IAP constituye un proceso formativo en diferentes niveles: el de las técnicas aprendidas y aplicadas, el de las vivencias, la historia, la experiencia puesta en común y expresada, el de las actitudes, las motivaciones, las responsabilidades y cómo nos enriquecemos todos con ellas, el de las capacidades en el trabajo en equipo y la organización, el de los conceptos, investigación, acción y participación.

- **Conciencia.** Es un proceso de toma de conciencia y sensibilización que posibilita la corresponsabilidad y la implicación en los procesos y el establecimiento de objetivos.
- **Comunicación.** A lo largo del proceso buscamos terrenos comunes de comunicación para acercarnos a los códigos lingüísticos de otros grupos y aprender a escuchar y a expresar. Esto nos abre a la posibilidad de establecer relaciones entre grupos de carácter

más complejo que las puramente bilaterales entre dos sujetos. Sin duda, implica la difusión y socialización del conocimiento, la información sobre los recursos existentes y el acceso a ellos.

- **Mediación.** Poner en marcha un proceso de este tipo es adentrarse en un trabajo de mediación, ya que se necesita identificar actores, colectivos e intereses y buscar los elementos de compatibilidad entre ellos; identificar necesidades de la base social, los nudos de las redes, los comunicadores y los mediadores informales y tener reconocimiento de todas las partes que pone en relación el proceso
- **Proximidad.** La IAP necesita desenvolverse en espacios abarcables. Para poder conectar con la gente, sus problemas e inquietudes y canalizar propuestas de intervención comunitaria implicando a la base social es necesaria una estrategia a través del trabajo de calle, el uso del lenguaje cotidiano, el uso de los códigos y símbolos de una comunidad y cierto dominio de los valores que circulan por la red social.

EL PROCESO DE IAP: ¿CÓMO NOS PONEMOS EN MARCHA?

La investigación-acción-participante propuesta por el sociólogo Tomás Rodríguez Villasante, se inicia con una **fase de diálogo-negociación** entre los técnicos y profesionales, en este caso del ámbito sanitario, los promotores institucionales de la acción y los representantes de las asociaciones. Este acuerdo previo contempla el diseño de un proyecto de investigación-análisis y reflexión, el cronograma de actividades participadas y los compromisos y responsabilidades asumidas por cada una de las partes.



¿Qué preguntas debemos hacernos antes de comenzar un proceso participativo de investigación?

¿De dónde partimos?

- ¿Qué conocemos de la comunidad?: tipo de población, colectivo al que nos interesa dirigirnos, problemáticas generales, algo de su historia...
- ¿Qué conocemos del tema que vamos a investigar?, ¿qué dimensiones alcanza, tanto locales como globales?
- ¿Existen procesos participativos en marcha, movimientos ciudadanos, etc., o queremos impulsarlos?

¿A través de qué mecanismos hemos definido el tema que nos interesa investigar?

- ¿Responde el tema objeto de estudio que hemos definido a una necesidad sentida por la comunidad, por nosotros, por la Administración...?
- ¿A quién ocupa y a quién preocupa el tema objeto de estudio?: conocimiento de las redes ciudadanas.

¿Qué posición ocupamos?

- ¿Qué papel ocupamos en la red comunitaria?, ¿agentes externos, protagonistas...?, ¿con quién nos relacionamos y qué conjunto de acción formamos?
- ¿Qué capacidad de acceso tenemos al colectivo de estudio que nos interesa?

¿Qué espacios de participación vamos a incorporar al proceso?

- En el diseño (el proceso se hace de todos, no sólo nuestro).
- A lo largo del proceso (enseñando y aprendiendo).
- En el seguimiento (comisión de seguimiento, boletines informativos...).
- En lo permanente y en lo espontáneo (Grupo Motor, Grupo In-formado, espacios naturales de encuentro que aprovechamos...).
- En la devolución de la información (la red de acceso a los colectivos ha debido ampliarse, el acceso ya es más complejo).
- En la negociación y construcción de propuestas.

En una segunda **fase de recogida de información** se abordan ciertas problemáticas concretas, se recaba la opinión de la población afectada. Quizá nos encontremos con que las demandas recogidas son o demasiado concretas o demasiado generales. En este sentido, el «*grupo motor*», por ejemplo, el Consejo de salud u otro espacio creado para animar el proceso, debe hacer el esfuerzo de unir las necesidades más sentidas con las problemáticas integrales

existentes en el ámbito de la salud para así ir estableciendo puentes entre ambos niveles, es decir, ir de las demandas y necesidades más sentidas a las problemáticas integrales que afectan a todos y todas.

En este proceso aprovecharemos para ir indagando sobre hechos históricos, mejor cuanto más recientes, que hayan tenido lugar en la zona donde investigamos, éstos deben ser sentidos por la mayoría de la población y tener poder para



movilizar a gran parte de ésta, generando bien consensos, bien conflictos, etc. Éstos, que llamaremos desde ahora «*analizadores históricos*», nos darán la pauta para adivinar cuáles son los elementos de motivación, interés y movilización de la población.

Para cubrir esta fase de recogida de información, debemos aprovechar al máximo «los espacios naturales» en los que la población se relaciona. Por ejemplo, las salas de espera de los Centros de Salud, los centros de día para mayores, centros culturales, las plazas y parques, etc., son espacios idóneos. Utilizar como apoyo medios audiovisuales puede resultarnos muy útil de cara a posteriores fases en las que se devuelven los resultados del proceso a la propia población.

El estudio lo lleva a cabo un «*equipo mixto*» de trabajo, el grupo motor lo componen técnicos y voluntarios, encargado de dinamizar tanto la detección de necesidades, a través de entrevistas, y grupos de discusión, como las siguientes fases en las que analizaremos las necesidades y demandas detectadas en la recogida de información, así como las relaciones existentes entre los diferentes grupos sociales y que a posteriori pueden favorecer u obstaculizar la puesta en marcha de propuestas y acciones de mejora. Finalmente pasaremos a realizar un **diagnóstico** sobre la situación.

Cada cierto tiempo, este grupo da cuenta de su trabajo a una comisión de seguimiento más amplia compuesta por representantes de la Administración y del movimiento ciudadano y, finalmente, elabora una **propuesta de actuación** capaz de aglutinar o articular a la mayor parte de los elementos del tejido social.

En la **fase de devolución** se debaten, matizan y/o corrigen el diagnóstico y la propuesta con las asociaciones y la población en jornadas y/o talleres abiertos al público, para consensuar las

líneas de actuación, concretar programas y asignar recursos (humanos, materiales, de espacio y tiempo, etc.).

Las dos últimas fases del proceso son las de la **ejecución y evaluación continua** de las acciones propuestas. Aquí es pertinente la aplicación de prácticas y técnicas de difusión amplia, tales como: campañas, uso de paneles, métodos audiovisuales y medios de comunicación local, aprovechando nuevamente los espacios de mayor uso por parte de la población. Asimismo, es conveniente la formación y dotación de mecanismos para la toma de decisiones y la evaluación participativas. Ejemplo de dichos mecanismos son las coordinadoras, observatorios permanentes, plataformas, etc.

LA DINAMIZACIÓN DE GRUPOS: PROPUESTAS METODOLÓGICAS

La interacción con personas es una de las piezas clave de este tipo de procesos de dinamización sociocomunitaria. Trabajamos con grupos humanos para transformar su entorno, a partir del conocimiento crítico de su realidad y de la puesta en marcha de un conjunto de estrategias y propuestas vertebradas dentro de la complejidad local.

Cuando estamos inmersos en un proceso de «desarrollo participativo», entramos en contacto con todas aquellas personas y grupos sociales que en mayor o menor medida lo protagonizan, participan en o son participados de él. El contacto y la relación con estos sujetos adquiere dimensiones diferentes según sean los intereses, compromisos u ocupación de tales actores sociales.

Estos conjuntos de personas son, por un lado, *fuentes de información*, ya que nos ayudan a



recabar datos acerca de su entorno y sobre las redes de relaciones existentes, y, por otro, *grupo motor o núcleo de la investigación-acción*, participando activamente según su interés, disponibilidad, actitudes, capacidades y formación, en las diferentes etapas del proceso. Por su parte, los técnicos o agentes dinamizadores irán supervisando las diversas etapas del trabajo, tanto en los contenidos como en los métodos.

Dado que la IAP es también un proceso de aprendizaje colectivo, es pertinente el uso de *dinámicas de grupo*, provenientes tanto de la educación popular, como de la animación sociocultural. Éstas permiten que los miembros de un grupo se conozcan y aprendan a trabajar juntos de forma autónoma, que todo el conjunto se fortalezca y sea capaz de autoorganizar sus tareas hacia dentro y hacia fuera.

Un primer obstáculo que nos podemos encontrar al llegar a una comunidad local o municipio es el de la constitución de equipos de base para el trabajo sociocomunitario. En este caso, aprovecharemos las ocasiones de encuentro con la población para animar a la participación; situaciones como: la presentación pública a las asociaciones y a los medios de comunicación local, las entrevistas y los grupos de discusión o la asistencia a actos públicos, nos brindan la oportunidad para hacerlo. Debemos cuidar los primeros contactos personales; así, con cierta regularidad, les haremos partícipes del proceso

que estamos intentando dinamizar e iremos incorporándoles al mismo como comunicadores informales.

El uso del «informante clave»

Los «informantes clave» son personas que cuentan con un amplio conocimiento acerca del medio o problema de estudio; ejemplo de los mismos son: funcionarios, profesionales, líderes y dirigentes de organizaciones populares, comunicadores informales de la base social, etc. La experiencia de estas personas será muy valiosa, tanto en los primeros pasos de la investigación, en la fase previa al diseño del proyecto para efectuar una primera aproximación al objeto de estudio, como en las etapas posteriores de trabajo de campo, devolución-difusión de los resultados y puesta en marcha de las acciones propuestas.

La forma más habitual de obtener información de estas personas suele ser la «*entrevista en profundidad*», que puede ser «abierta», si se hace de forma personal, lo cual es «lo ideal», o «semiestructurada», es decir, con un breve guión de preguntas y temas, si optamos por el correo, el teléfono o la doble visita de entrega y recogida del cuestionario.

Para captar una muestra amplia y diversa de informantes clave, se suele utilizar la estrategia de *cascada*, en la que el primer sujeto proporciona el

Técnica DAFO	NEGATIVAS Factores de riesgo	POSITIVAS Factores de éxito
CIRCUNSTANCIAS INTERNAS	DEBILIDADES	FORTALEZAS
CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES

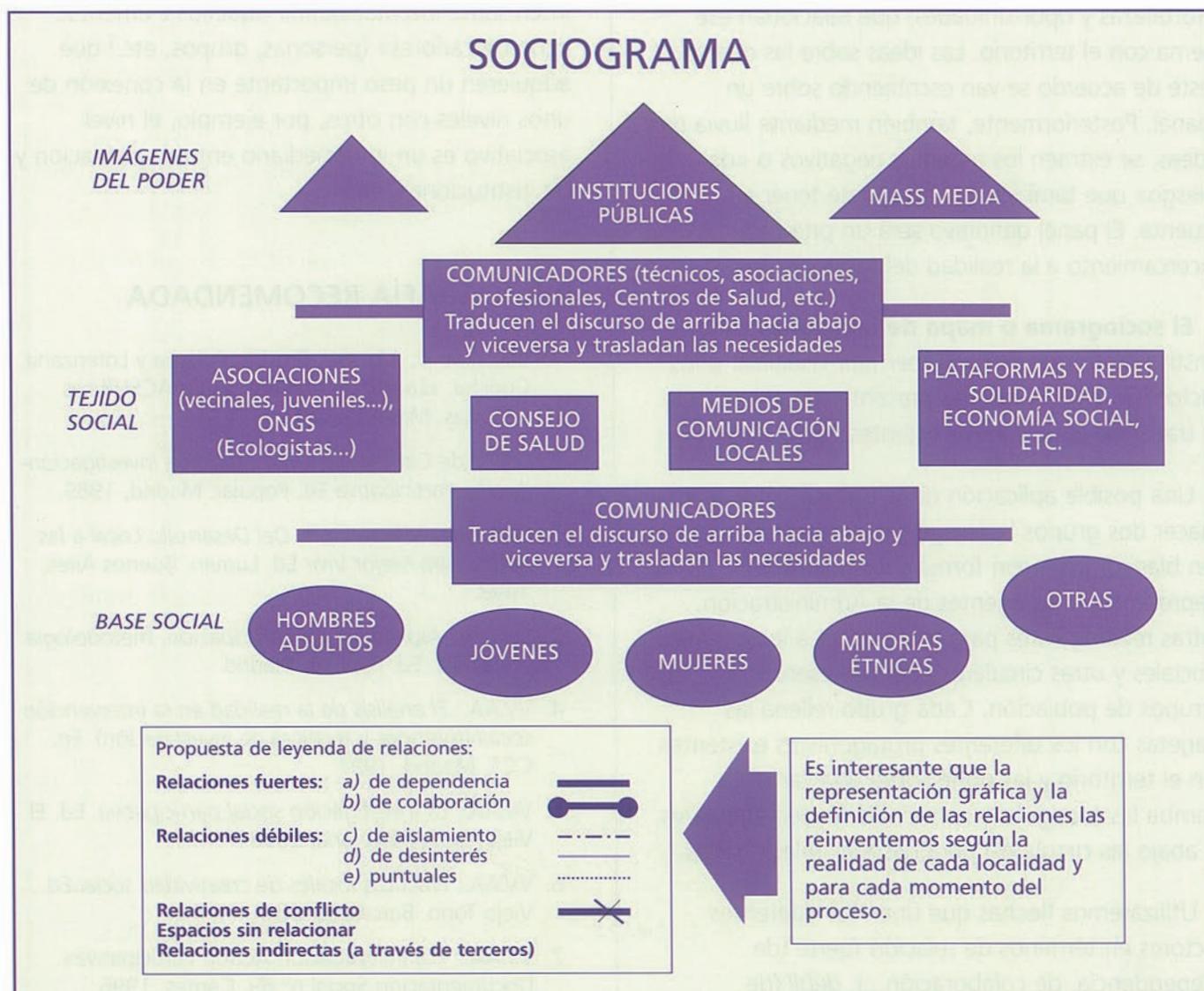


contacto con otra u otras personas que también pueden aportar una opinión fundamentada y/o experiencia en el tema de análisis.

ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA IAP. EL TALLER DE AUTODIAGNÓSTICO LOCAL

El «taller de autodiagnóstico local» se puede desarrollar al inicio del proceso y tiene los siguientes objetivos:

- Obtener una primera evaluación sobre la zona objeto de estudio. Para ello se puede utilizar la técnica DAFO, que permite obtener información sobre los puntos fuertes y débiles, las amenazas y las oportunidades.
- Elaborar un primer «mapeo» de las relaciones que mantienen entre sí los diferentes actores sociales presentes en el territorio: instituciones, tejido asociativo y población en general.
- Generar consenso en lo que respecta a la demanda sobre el tema a investigar y los objetivos a marcar, haciendo converger los





diferentes conjuntos de sensibilidades latentes detectados en este proceso de arranque de la investigación.

La técnica DAFO consiste en elaborar un cuadro resumen que nos permite definir y contextualizar el problema en el ámbito de estudio a partir de cuatro marcos de análisis: fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Una forma de aplicar esta técnica puede ser la siguiente: se plantea el tema u objeto de estudio de forma clara y concisa. A partir de aquí, el grupo hablará, primero, a través de una lluvia de ideas, sobre los aspectos positivos o «de éxito» (fortalezas y oportunidades) que relacionan ese tema con el territorio. Las ideas sobre las que se esté de acuerdo se van escribiendo sobre un panel. Posteriormente, también mediante lluvia de ideas, se extraen los aspectos negativos o «de riesgo» que también es importante tener en cuenta. El panel definitivo será un primer acercamiento a la realidad del territorio.

El sociograma o mapa de relaciones es un instrumento que nos va a permitir visualizar a los actores y grupos sociales presentes en el territorio y trazar las conexiones existentes entre ellos.

Una posible aplicación de la técnica consiste en hacer dos grupos heterogéneos y repartir tarjetas en blanco, unas con forma triangular para representar a los agentes de la Administración, otras rectangulares para representar a los agentes sociales y otras circulares para representar a grupos de población. Cada grupo rellena las tarjetas con los diferentes protagonistas existentes en el territorio y las pone sobre una cartulina (arriba las triangulares, en medio las rectangulares y abajo las circulares) para después relacionarlas.

Utilizaremos flechas que unan los diferentes actores en términos de *relación fuerte* (de dependencia, de colaboración...), *débil* (de

aislamiento, de desinterés, de temporalidad...), *de conflicto*, *sin relación*, *relaciones indirectas* (un actor con otro a través de un tercero), etc. En el grupo se discute hasta llegar a un consenso y luego al ponerlo en común se explicará la razón de cada una de las relaciones. En asamblea se intenta generar un único esquema y se reflexiona sobre las zonas donde el mapa se hace más denso en sus relaciones, donde éstas se hacen más intensas, los bloqueos existentes, los elementos articuladores (dinamizadores) y los espacios vacíos de relaciones.

Al hacer estos mapas también es muy interesante intentar definir aquellos elementos «comunicadores» (personas, grupos, etc.) que adquieren un peso importante en la conexión de unos niveles con otros, por ejemplo, el nivel asociativo es un intermediario entre la población y las instituciones, etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Basagoiti R., Manuel, Bru M., Paloma y Lorenzana, Concha. «*La IAP de bolsillo*». Edita ACSUR Las Segovias. Madrid, 2001.
2. López de Caballos, P. *Un método de Investigación-Acción Participativa* Ed. Popular. Madrid, 1989.
3. Rodríguez-Villasante, T. *Del Desarrollo Local a las Redes para Mejor Vivir* Ed. Lumen. Buenos Aires, 1998.
3. Sánchez Alonso, M. *La participación, metodología y práctica*. Ed. Popular. Madrid
4. VV.AA.: *El análisis de la realidad en la intervención social* (métodos y técnicas de investigación). Ed. CCS. Madrid, 1997
5. VV.AA.: *La investigación social participativa*. Ed. El Viejo Topo. Barcelona, 2000.
6. VV.AA.: *Prácticas locales de creatividad social* Ed. Viejo Topo. Barcelona, 2001.
7. VV.AA.: «*La Investigación Acción Participativa*». Documentación Social nº 69. Cáritas, 1996.



Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadoras.

La enfermera comunitaria de enlace

Isabel Toral López

Enfermera comunitaria de enlace. Distrito Granada

Correo electrónico: isatoral@jazzfree.com

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio.

Aunque, en principio, los destinatarios son personas que padecen incapacidad, parece conveniente incluir además a aquellas que tienen grandes dificultades para desplazarse. Asimismo, el desarrollo de otros servicios puede requerir completar la oferta de atención domiciliaria con intervenciones dirigidas al anciano de riesgo, con criterios de fragilidad, y a la puérpera y recién nacido, por ejemplo.

Las tendencias demográficas que se esperan para las próximas décadas, la disminución de cuidadores informales disponibles, condicionada por la incorporación de la mujer al mercado laboral, los cambios en el tipo de familias, entre otros motivos, explican la preocupación creciente de las administraciones sanitarias por mejorar servicios para un grupo cada vez más numeroso

de usuarios que precisarán ser atendidos en su domicilio.

En general, la organización de los servicios de atención domiciliaria se caracteriza por su heterogeneidad, tanto en el ámbito nacional como internacional. Todo ello en función de los siguientes factores:

- El modelo de organización del propio sistema sanitario y social de cada país o de cada área de salud.
- El tipo de usuario al que se dirigen los servicios, incluyendo edad y situación de salud.
- El tipo de problemas que se atienden, las actividades que se realizan, las tecnologías que se utilizan, los resultados que se esperan.
- El papel de los profesionales, de los pacientes o usuarios y de la red informal de cuidados.
- Las características de la provisión del servicio, la cualificación de los profesionales, cómo se asignan los pacientes.



- Los mecanismos de financiación del servicio y la participación de los usuarios en los mismos.
- Las fórmulas de coordinación e integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios.

Según el grado de desarrollo, se pueden distinguir en nuestro ámbito geográfico, el europeo, un grupo de países que disponen de sistemas de atención domiciliaria bastante bien organizados, constituido principalmente por: Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido. Y otro grupo de países que se incorporaron al proceso hace unos veinte años y están en fase de desarrollo, como son: Austria, Grecia, Italia, Portugal y España.

Aunque la gama de cuidados que se ofrecen en el hogar, con diferencias, incluye asistencia médica, terapia ocupacional, fisioterapia, etc., los servicios que constituyen la base de los cuidados de larga duración son los cuidados enfermeros a domicilio, y los servicios de ayuda a domicilio, que incluyen ayuda para las actividades de la vida diaria y para actividades instrumentales.

Respecto al tipo de usuarios atendidos en domicilio, son las personas mayores las principales beneficiarias, aunque los cambios en los patrones epidemiológicos y la posibilidad de transferir tecnología al domicilio apuntan a nuevos perfiles de usuarios.

Los **modelos de práctica profesional** muestran también diferencias entre países, incluso entre regiones. Los servicios de enfermería a domicilio más desarrollados no requieren la demanda de un médico para desarrollarse, esto sólo es requisito en Finlandia, Francia y Alemania, por ejemplo.

- Utilizan la gestión de casos, es decir: valoración de los pacientes, establecimiento de plan asistencial, evaluación, coordinación

de cuidados y solicitud de recursos necesarios para el cuidado, incluida la ayuda a domicilio.

- Utilizan modelos estandarizados de valoración y de clasificación de los pacientes para priorizar los ingresos en instituciones.
- Los cuidados están sometidos a procesos de evaluación, de acuerdo a estándares de práctica aceptados, y la enfermera que realiza la valoración integral y el plan asistencial suelen ser especialistas en enfermería comunitaria.
- Las intervenciones se dirigen a proporcionar ayuda para el autocuidado, educación del paciente, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar, así como procedimientos técnicos que incluyen desde administrar medicación parenteral o realizar una cura hasta administrar anestesia epidural, introducir un catéter o manejar un respirador mecánico.

La provisión de servicios varía, de unos países a otros, en la cualificación de las enfermeras que gestionan los casos o realizan los cuidados, los mecanismos de captación y la manera en que se accede a los servicios, los instrumentos de valoración de los pacientes y la participación de los pacientes en la financiación del servicio.

En los países que han desarrollado un modelo basado en equipos multidisciplinares que trabajan en centros de Atención Primaria (como es el caso de países nórdicos, Irlanda y España), la atención domiciliaria se provee como parte de un conjunto de actividades integradas por los mismos profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y familias, garantizando así la continuidad asistencial, sin que ésta se vea afectada por el grado de dependencia de los usuarios.

Aquellos países con un modelo de Atención Primaria basado en las prácticas profesionales independientes, han creado estructuras específicas



para la atención domiciliaria, como es el caso de Dinamarca y Holanda.

Independientemente del modelo organizativo, todos los países con sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados coinciden en algunas **tendencias**, que pueden constituir oportunidades de mejora para aquellos otros países en etapa de desarrollo, como es el caso del nuestro:

- Coordinación, colaboración e integración de los servicios de atención sanitaria y de los servicios de ayuda a domicilio. En algunos países, como Dinamarca, Holanda e Irlanda, han llegado a la integración de ambos servicios en una sola organización, incluso en Holanda e Irlanda desde el sistema sanitario.
- Las enfermeras son el principal proveedor y gestor del servicio, en colaboración directa con médicos y trabajadores sociales.
- Incorporación de auxiliares de enfermería para ayuda a las tareas de cuidado personal de los pacientes y procedimientos poco complejos, tendiéndose al empleo de profesionales que integren tareas de apoyo, tanto a las actividades básicas de la vida diaria como a las actividades instrumentales.
- Aumento de la participación de otros profesionales, como: terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, podólogos y enfermeras especialistas en salud mental y pediatría.
- Desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales para: formación y asesoramiento en el cuidado, manejo de problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones de ayuda mutua, servicios de respiro, etc.

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN NUESTRO PAÍS

Centrándose en la realidad de nuestro país, se puede afirmar que entre las diferentes modalidades de atención que se ofrecen a los ciudadanos desde el sector salud, la atención domiciliaria es la que ha sufrido un incremento mayor durante los últimos diez años. Consultando memorias y anuarios de todas las Comunidades Autónomas, se puede observar un incremento de la actividad, que ha repercutido no sólo en una mayor intensidad del servicio (número de visitas/paciente), sino también en una mejora de la cobertura de la población.

Igualmente, durante los últimos años se han ido incorporando **mejoras cualitativas** como:

Estandarización de la práctica: reconociéndose una tendencia a utilizar escalas de valoración validadas, así como protocolos o guías, consensuadas entre los profesionales, para la toma de decisiones clínicas. También, en la mayoría de los Centros de Salud, se incorporan objetivos asistenciales, objetivos educativos e intervenciones para los cuidadores principales. En general, las enfermeras son las mayores proveedoras del servicio.

Nuevo enfoque de la atención: frente al tradicional enfoque orientado a la enfermedad, muchos equipos empiezan a centrar su intervención en los problemas que generan dependencia, capacidad para el autocuidado de los pacientes, capacidad de los cuidadores principales y la red familiar para hacer frente a una situación de incapacidad y dependencia.

Incremento del nivel tecnológico de los servicios: algunas instituciones han puesto en marcha programas de hospitalización a domicilio: las posibilidades de transferir tecnología, antes



reservadas al hospital, al domicilio (por ejemplo, la nutrición enteral, ventiloterapia), posibilita ofrecer servicios de nivel tecnológico e intensidad parecidos a los del hospital. En España las experiencias suelen liderarse desde el nivel especializado, aunque en otros países se encuentran experiencias muy valiosas lideradas desde el nivel primario.

Nuevas estructuras de apoyo para la atención domiciliaria: algunas Comunidades Autónomas han desarrollado estructuras complementarias de apoyo a los equipos de Atención Primaria, tendentes a la ampliación y mejora de la capacidad de resolución del servicio. Entre ellos destacan los PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo) en Cataluña, o los ESAD (Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria) en el área INSALUD.

Sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial: la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios, así como la coordinación con los recursos sociales comunitarios, necesarios para garantizar la efectividad del servicio de atención domiciliaria, es uno de los principales retos para los próximos años. Existen algunas experiencias, como la desarrollada en la Comunidad de Canarias, orientadas a mejorar la coordinación entre nivel

primario y especializado, así como mejorar la coordinación entre los sectores sanitario y social, basado en un sistema de gestión de casos con enfermeras comunitarias de enlace, con buenos resultados¹. Otra experiencia son las comisiones de área de coordinación sociosanitaria de la Comunidad Castellano-Manchega².

En Andalucía, el decreto que regula el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (abril, 2002) ha permitido incorporar algunas medidas que tienen como objetivo mejorar la efectividad de la atención domiciliaria a personas inmovilizadas y a sus cuidadores principales. Hasta ahora, en esta Comunidad Autónoma, la atención domiciliaria dirigida a personas inmovilizadas se lleva a cabo por los equipos de Atención Primaria, constituidos fundamentalmente por médicos generales y de familia, enfermeras, trabajadoras sociales y fisioterapeutas. Existen algunas experiencias de hospitalización a domicilio para pacientes con necesidades específicas, y algunos equipos de soporte (por ejemplo, para pacientes de cuidados paliativos, dependientes de atención especializada y/o de ONG, como la Asociación Española contra el Cáncer). Con los servicios sociales comunitarios (municipales, diputación), en general, no existe un plan de coordinación sociosanitaria y, la comunicación se establece de forma variable a

¹ Duarte Climent G, Izquierdo Mora MD. Una propuesta de mejora para la atención domiciliaria: la enfermera comunitaria de enlace. En: *Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de Atención Primaria*. Servicio Canario de Salud; 1999.

Duarte Climents G, Izquierdo Mora MD, Pérez Díaz G. *Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. Protocolo de Enfermería Comunitaria de Enlace*. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Enero, 2002.

Artiles Sánchez J, Duarte Climents G. *Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. Evaluación de una propuesta organizativa para la mejora de la Atención Domiciliaria*. Universidad de las Palmas de Gran Canarias; 2002.

² Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo en materia de coordinación sociosanitaria y convenio de colaboración interministerial para la atención sociosanitaria de las personas mayores. En: Martínez Aguayo C, Gongorcena Aoiz MA, Regato Pajares P. *Bases para la ordenación de los servicios de atención sanitaria a personas mayores*. Ed. Instituto Nacional de Salud. Noviembre; 1995.

Gongorcena Aoiz MA, Sancho Castiello MT. Coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para la atención a las personas mayores. Dos años de experiencia. En: *Jornadas Europeas sobre la atención a las personas mayores dependientes*. Ed. Instituto Nacional de la Salud; 1996.



iniciativa de los profesionales (trabajadores sociales y enfermeras, fundamentalmente).

Entre las **estrategias de mejora** que está desarrollando el Servicio Andaluz de Salud (una vez descartada la creación de equipos específicos para la atención domiciliaria) se opta por aportar valor añadido a un modelo de organización que garantiza la continuidad asistencial de los pacientes y/o las familias a lo largo de su ciclo vital, sin que aquella se vea fragmentada por el nivel de dependencia u otro motivo. Para ello, se establecen un conjunto de medidas orientadas a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de aquellas personas que se consideran inmobilizadas y de sus cuidadores principales.

1. La *creación de equipos móviles* constituidos por rehabilitadores, fisioterapeutas y celadores-conductores que se desplazan a los domicilios para atender a los pacientes confinados en el domicilio, además de instruir, e informar sobre la manipulación y el tratamiento del paciente a los cuidadores principales, está protocolizado el tipo de pacientes que son subsidiarios del programa, el tipo de problemas que se pueden atender, los mecanismos de derivación y los instrumentos de valoración.
2. La *provisión de ayudas técnicas* para el cuidado, tales como colchones y cojines para prevención de úlceras por presión, aspiradores, andadores, entremetidas de movilización, grúas, camas articuladas, taloneras. Igualmente, existe un protocolo para la asignación de cada tipo de material, cuáles son los problemas que requieren y mejorarían con cada una de las ayudas

técnicas, los instrumentos de valoración de los pacientes, así como los circuitos de entrega y recogida del mismo. En un principio los distritos de Atención Primaria optaron por adquirir un stock de este material y progresivamente están concertando con empresas proveedoras que se ocupan de los circuitos de entrega, recogida y mantenimiento del material.

3. La incorporación a las zonas básicas de salud de una *enfermera de enlace* que gestione los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes y sus cuidadores. Gestionar cuidados se entiende de forma específica como el proceso continuo de recogida de información relevante relacionada con las necesidades de cuidados de los pacientes y sus cuidadoras informales, integrar todas las intervenciones, monitorizar y evaluar los resultados, articulando la comunicación entre niveles y servicios³. De esta forma, en el servicio de enfermería de Atención Primaria se diferencian tres niveles de decisiones:

Un primer nivel de atención directa: las enfermeras de familia son las responsables de la aplicación del plan de cuidados de los pacientes confinados en el domicilio y de sus cuidadores, en estrecho contacto con los médicos de familia y las trabajadoras sociales de los equipos.

Un segundo nivel de gestión de casos: las enfermeras comunitarias de enlace son responsables de que el paciente y sus cuidadores alcancen los objetivos

³ Definición de «gestión de casos» por la Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management. 2002. «Proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos».



terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, integrando el plan asistencial de todos los profesionales implicados, identificando los recursos necesarios para el cuidado (ayudas técnicas, oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, etc.), facilitando los servicios que son adecuados en cada caso, coordinando las actuaciones para conseguir los mejores resultados, siempre en estrecha colaboración con médicos generales y de familia, enfermeras de familia, trabajadoras sociales y fisioterapeutas de los equipos de Atención Primaria.

Un tercer nivel de gestión del servicio: el tercer nivel de decisión corresponde a la Coordinación de Enfermería del Distrito, responsables de facilitar y evaluar el servicio. También son responsables de garantizar los atributos del servicio de atención domiciliaria, es decir:

- Personalización del servicio: cada paciente/familia tendrá asignada una enfermera responsable de sus cuidados. Esta condición que parece obvia, no lo es: en los últimos años la tendencia general ha sido a organizar los servicios de enfermería por actividades, dispensarizando los cuidados por programas de salud o actividades.
- El domicilio es el ámbito central de la provisión de servicios a las personas inmovilizadas. Las enfermeras de familia han de gestionar sus agendas, de manera que dispongan de una parte de su jornada laboral para atender a sus pacientes en domicilio.
- Las cuidadoras principales se considerarán usuarias del servicio de atención domiciliaria, es decir, en ocasiones puede

que necesiten ser consideradas personas inmovilizadas, y como tales será preciso desplazar la cartera de servicios al domicilio (por ejemplo, medidas preventivas, seguimiento y detección de patologías crónicas, etc.).

4. Mejorar las barreras de accesibilidad garantizando el acceso telefónico de los pacientes y cuidadores a los profesionales, así como otras herramientas telemáticas disponibles para el próximo año, para atender demandas espontáneas de los usuarios y mejorar su percepción de seguridad.
5. Diseño de un *sistema de información de gestión de los cuidados* para garantizar el análisis de la efectividad del servicio. En este sentido, se ha reforzado el número de equipos informáticos para mejorar el registro de la información que genera el servicio de enfermería. Asimismo, en la aplicación informática de la historia de Atención Primaria se incorporará un conjunto mínimo de datos enfermeros con elementos de la valoración, las intervenciones y los resultados. Para ello, el servicio propone utilizar la sistemática del proceso de valoración de enfermería.

Como instrumentos de valoración para detectar los problemas de los pacientes: Patrones Funcionales de M. Gordon o Necesidades Básicas de V. Henderson. Ambos instrumentos recogen: autopercepción de salud, capacidad para el autocuidado (valoración sensorperceptiva, capacidad funcional, función cognitiva, función afectiva), rutinas de autocuidado en relación con alimentación, ejercicio, actividad-descanso, higiene, relaciones y desarrollo, aceptación de la enfermedad y sus secuelas, manejo de síntomas y del régimen terapéutico.



Como instrumentos de apoyo al diagnóstico se proponen test y escalas validados en nuestro medio, con las mejores características clinimétricas en cada caso (por ejemplo, de riesgo de úlceras por presión, encuesta nutricional en el anciano, *screening* de deterioro cognitivo, percepción carga del cuidador, etc.) que estarán en la aplicación informática y en un manual editado por el SAS.

Como instrumento para clasificar los problemas de los pacientes, la taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Para determinar las intervenciones: la NIC (Nursing International Clasification). Para determinar los resultados: la NOC (Nursing Outcomes Clasification).

En la práctica, las enfermeras comunitarias de enlace están ejerciendo de facilitadores del cambio, especialmente con los profesionales de enfermería. De tal forma que posiblemente sea uno de los impactos de la estrategia: la profesionalización de las cerca de cuatro mil enfermeras de Atención Primaria que existen actualmente en la comunidad andaluza:

- Monitorizando los atributos del servicio: personalización de la asistencia; gestión de las agendas; elaboración de la cartera de servicios de enfermería para pacientes incapacitados, pacientes terminales, ancianos con criterios de fragilidad y altas hospitalarias.
- Facilitando el aprendizaje de la metodología de valoración de enfermería mediante tutorías

clínicas: manejo de los instrumentos de valoración, clasificación NANDA; NIC; NOC.

- Facilitando el aprendizaje del manejo del *software* específico, que registra la información que genera el servicio de enfermería.
- Incorporando lo que aporta la evidencia científica, tanto al modelo organizativo como a la práctica clínica⁴.

En la práctica estas enfermeras están siendo también facilitadoras de la continuidad de los cuidados, una vez que los pacientes ingresan en el hospital: ayudando a planificar las altas y formando parte de las comisiones de área para la continuidad de cuidados, donde se toman las decisiones en relación con la comunicación entre Atención Primaria y especializada.

Dentro de sus objetivos se contempla también la coordinación sociosanitaria de la zona, incorporándose a los mecanismos que estén establecidos o propiciando estrategias que la mejoren. Todo ello, en estrecha colaboración con los trabajadores sociales de salud y de los servicios sociales comunitarios.

Algunas de estas medidas han ocasionado dificultades con sectores profesionales. Por ejemplo, con los trabajadores sociales, ante el temor de que las enfermeras comunitarias de enlace asuman competencias que no les corresponden. La experiencia canaria avala los resultados, habrá que esperar aún unos meses para tener los andaluces. Aunque es posible que las enfermeras de enlace estén poniendo sobre la

⁴ Contel Segura JC. Impacto de la atención domiciliar preventiva en el ingreso en centros sociosanitarios, estado funcional y mortalidad. *FMC* 2002; 9 (6): 459.

Benítez del Rosario MA. ¿Son útiles en la población anciana los programas de prevención y promoción de la salud realizados en el domicilio? Resultados de un metaanálisis. *FMC* 2002; 9 (6): 457.

Benítez del Rosario MA. ¿La intervención de enfermeras especializadas obtiene mejores resultados que el cuidado realizado por los médicos de familia en pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson? *FMC* 2002; 9(8): 628.



mesa de los responsables en la Administración carencias del sistema como falta de recursos, en este caso profesionales, como es el escaso número de trabajadoras sociales de salud y de los servicios sociales comunitarios.

La propuesta del Servicio Andaluz de Salud, aunque pueda considerarse precipitada en algunos aspectos, y hubiera requerido algunos meses más para cuidar los detalles, en ningún caso ha de considerarse improvisada: en todo caso, responde a la madurez profesional de las enfermeras andaluzas de Atención Primaria, que tienen su centro de interés en liderar los cuidados de la población andaluza, y no otro tipo de liderazgos.

Independientemente de corporativismos profesionales, lo cierto es que el espacio sociosanitario, donde se articulen los recursos

sociales y sanitarios y donde se puedan aplicar fórmulas para conseguir una combinación sincrónica entre cuidados informales y profesionales, será el reto pendiente para los próximos años, y no es un espacio para competir, sino para compartir, los profesionales y las administraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contel JC, Gené J, Peya M. *Atención domiciliaria: organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
2. Decreto 137/2002 de abril, Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA.
3. Gonzalo Jiménez, Toral López I, Ruiz Barbosa C, Martín Santos FJ, Morales Asensio JM. *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud.



Cómo iniciar un proceso de participación comunitaria desde el Centro de Salud

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

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

Es fundamental entender la promoción de la salud y la intervención comunitaria como parte integrante de nuestro perfil como profesionales de Atención Primaria de salud.

El PACAP contempla distintas y diversas orientaciones del trabajo comunitario (sensibilidades, conceptos, metodología y prácticas). Todas estas orientaciones convergen, sin embargo, en el convencimiento pleno de que es fundamentalmente a través de la implicación de las personas, grupos y comunidades como puede mejorarse el estado de salud, tanto individual como colectivo de la población, o dicho de otra manera,

no es posible la promoción de salud sin la participación comunitaria.

Es en el territorio en el que trabajamos, la zona básica de salud, donde tenemos la responsabilidad como profesionales de Atención Primaria de salud de asumir la promoción de la salud.

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

Es muy importante tener en cuenta que no se nace con el gen de la participación. Los ciudadanos y los grupos aprenden a participar en **un proceso** que requiere de instrumentos y canales que la hagan posible, y siempre sobre la base de la posibilidad de la toma de decisiones y capacidad de influencia. En este proceso de incorporación a la toma de decisiones, las personas y los grupos adquieren autonomía y capacidad para actuar y mejorar su situación.

Cada Centro de Salud debe diseñar su propia estrategia de relaciones con el medio social en que 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 la población que hay que tener en cuenta. Todas estas estrategias pueden ser correctas si dan como resultado el desarrollo de actividades dirigidas a potenciar la capacidad de personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades.

NO ESTAMOS SOLOS EN EL UNIVERSO COMUNITARIO

Uno de los errores más frecuentes al iniciar una intervención con la comunidad es pensar que nosotros somos su único recurso, o el más importante, y que el tema de la salud constituye el principal centro de interés comunitario.

La salud, aunque muy importante, no es el único tema de interés para la comunidad; hay muchos otros problemas que preocupan a la sociedad, como el empleo, la educación, la cultura o las relaciones sociales, por mencionar algunos.

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

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

Algunos temas de interés comunitario

Educación	Immigración
Empleo	Ocio y tiempo libre
Salud	Relaciones sociales
Vivienda	Seguridad ciudadana
Medio ambiente	

EL PROTAGONISMO CENTRADO EN LA COMUNIDAD

Esta cuestión es clave, puesto que difiere habitualmente de la óptica de los profesionales sanitarios que, cuando salimos a la comunidad con alguna propuesta relacionada con la salud, lo solemos hacer desde nuestros objetivos y prioridades, desde nuestra visión «médica» y no global de los problemas. Lo habitual es que convoquemos a los ciudadanos a que acudan a una charla o participen en la distribución de un folleto en el que apenas han influido y del que no se sienten protagonistas.

El Centro de Salud no es el centro de la comunidad, sino únicamente un recurso más, por mucho peso que tenga; y aunque sea el Centro de Salud el que tome la iniciativa o promueva un proceso de participación comunitaria, la perspectiva es traspasar el protagonismo a la propia comunidad (figura 1).



Figura 1. Los servicios y la comunidad.

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



Tabla 1. 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

Por tanto, es fundamental que se descentralice el proceso y que el protagonismo técnico ceda su lugar a un verdadero protagonismo ciudadano. El equipo de salud puede ser el impulsor o promotor, pero debe asumirse que el protagonismo y las decisiones recaen sobre la propia comunidad (tabla 1).

¿QUIÉNES SON LOS PROTAGONISTAS Y DE QUIÉN LA INICIATIVA?

Tres son los protagonistas en un proceso de participación comunitaria:

- **La Administración**, de la que depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación. En especial, no podemos olvidarnos de la Administración local y, en nuestro caso, de la Administración sanitaria de la que dependemos.
- **Los servicios**, donde se encuentran los técnicos y profesionales con los que cuenta la comunidad para enfrentar los problemas. Especialmente, los servicios sociales municipales, los servicios de salud y los educativos. También hay que considerar otros servicios/recursos que, aun estando fuera de la zona básica de salud, puedan ser útiles en

el proceso, tales como unidades de toxicomanías, centros de planificación familiar, técnicos de salud pública, centros de recursos educativos, gabinetes de apoyo escolar, etc.

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

Cuando la iniciativa parte del equipo de Atención Primaria, las probabilidades de éxito aumentan considerablemente.

El equipo o grupo que impulse el proceso comunitario, en nuestro caso profesionales del Centro de Salud, tienen que identificar a todos ellos, informarles de la idea y hacerles partícipes de la misma. Desde el mismo inicio, en las primeras tomas de contacto, es muy importante evitar la exclusión o dejarse a alguno de ellos fuera, ya que a posteriori será más difícil hacerles partícipes de algo en lo que se les ha omitido en el inicio.



PRIMERA FASE: TRABAJO INTERNO EN EL EQUIPO DE SALUD

En toda comunidad están latiendo una infinidad de relaciones, de grupos formales e informales, de problemas, de sentimientos, de carencias, de contradicciones, de líderes, de recursos, etc., mientras nosotros prestamos una asistencia dentro del Centro de Salud. Pero nosotros, de pronto, queremos abrir esa puerta que nos separa del mundo exterior, derribar los muros del Centro de Salud y aspirar un poco del aire que se respira en la comunidad para la cual trabajamos.

Sin embargo, no debemos tener prisa. La comunidad está ahí desde siempre y no están esperando por nosotros. Los procesos comunitarios son lentos y no hay atajos. Los profesionales de Atención Primaria no estamos adiestrados en esta estrategia, nos sentimos medianamente seguros en nuestros despachos y no estamos preparados para relacionarnos e intervenir en la comunidad. Por eso, cuando lo hacemos de una manera impulsiva y voluntarista, fracasamos y en ocasiones nos «quemamos».

Trabajar con la comunidad, promover la participación de los ciudadanos, requiere de unos

conocimientos, principios y metodología que apenas conocemos como sanitarios. Cuando una o varias personas del equipo de salud tienen la idea o el interés de poner en marcha un proceso de intervención comunitaria, lo primero que tienen que hacer es iniciar una reflexión, un debate con el resto de compañeros. Es una tarea en ocasiones difícil, pero necesaria. Se trata de implicar al mayor número de profesionales, y mantener informado a todo el mundo, incluyendo a los más escépticos.

Antes de salir a la comunidad hay que realizar un trabajo previo, de reflexión y consenso interno, dentro del equipo de salud.

CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO

Está claro que la respuesta de los compañeros será muy dispar. Unos lo tomarán con interés desde el primer momento, otros se mostrarán desconfiados, sobre todo en relación con el miedo a la carga de trabajo que puede generar. Otros se mostrarán muy escépticos en relación con la

Requerimientos para la intervención comunitaria desde los equipos de Atención Primaria

Requerimientos externos

- Existencia de un territorio y población definidos (zona de salud).
- Existencia de un equipo de Atención Primaria.
- Conocimiento y connivencia, no es necesario entusiasmo, de la Administración sanitaria de la que dependa el Centro de Salud.
- Coordinación con los servicios sociales y educativos presentes en la zona de salud.
- Conocimiento y connivencia (mejor colaboración franca) con el Ayuntamiento al que pertenezca la zona de salud.

Requerimientos internos

- Acuerdo consensuado de los profesionales del equipo de salud.
- Constitución de un pequeño grupo de trabajo.
- Implicación formal (no voluntarista) como parte del trabajo profesional.
- Información normalizada y sostenida de las actividades a todos los miembros del equipo de salud.
- Incorporación de esta área de trabajo a la formación, docencia e investigación del Centro de Salud.



utilidad y otros ni siquiera acudirán a la reunión o se opondrán abiertamente.

Aceptar el hecho de que el nivel de implicación de los profesionales del Centro de Salud suele ser muy desigual, facilita el consenso para la puesta en marcha de un proceso de intervención / participación comunitaria.

Esto es normal y no debe paralizar a los más dinámicos del equipo. Simplemente habrá que consensuar distintas formas de implicación en la iniciativa. Podemos aplicar lo que llamaremos «**la teoría de los tres círculos**» (figura 2).

- Unos pocos, dos o tres personas, estarán entusiasmados con la idea y serán el núcleo central, los que llevarán el peso inicial del proceso.
- Por fuera de éstos, habrá otros compañeros que estarán dispuestos a colaborar puntualmente, en esta o aquella tarea.
- En el último círculo se situarán los que son completamente escépticos o no tienen el más mínimo interés. Es importante que estos últimos no se opongan a la iniciativa. Su compromiso es nulo y únicamente recibirán información de lo que se vaya haciendo.

Los profesionales que se encuentran en el núcleo central pueden constituir el «grupo de trabajo inicial».

Los compartimentos que hemos descrito no son «estancos», de forma que una persona puede pasar de una situación a otra a lo largo del proceso, dependiendo de la situación y de sus intereses.

El papel de la dirección o coordinación del Centro de Salud es importante, aunque no tiene por qué pertenecer al núcleo de la iniciativa. Sí va a tener que jugar un papel más institucional,

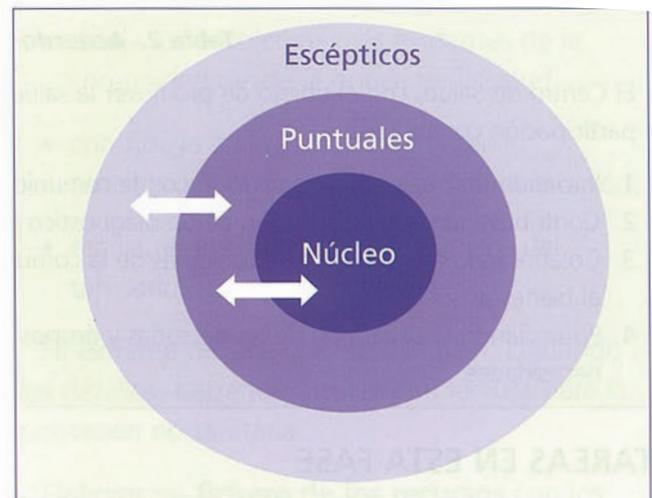


Figura 2. Teoría de los tres círculos.

siendo su presencia importante en los momentos más políticos y formales, tales como: el contacto con las instituciones y otros servicios, los actos públicos, etc.

EL NECESARIO CONSENSO INTERNO

Es necesario llegar a un consenso en el equipo que implique a la mayor cantidad de profesionales posible, cada uno con su nivel de compromiso y entusiasmo, y que comprenda la no-oposición a este proceso por parte de ningún profesional.

Los objetivos al inicio han de ser modestos, que no sobrecarguen y conviertan en voluntarista la iniciativa. En la tabla 2 se propone un ejemplo de «acuerdo-tipo» al que puede llegar en esta primera fase el equipo de salud.

El Centro de Salud tiene que dejar muy claro que este papel dinamizador inicial es transitorio. Posteriormente debe ser la propia comunidad la que tome el protagonismo, mientras que el Centro de Salud se mantiene como un colaborador más, junto al resto de los elementos que intervienen en el territorio (instituciones, servicios y tejido asociativo).



Tabla 2. Acuerdo-tipo del Centro de Salud

El Centro de Salud, con el objeto de promover la salud de la población, se compromete a *dinamizar* un proceso de participación comunitaria:

1. Iniciando un nuevo tipo de relación con la comunidad y con el resto de los servicios presentes en el territorio.
2. Contribuyendo a la elaboración de un diagnóstico compartido con los servicios y el tejido asociativo.
3. Colaborando a enfrentar los problemas de la comunidad en todo lo relacionado con la salud, la calidad de vida y el bienestar social.
4. Potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades.

TAREAS EN ESTA FASE

Existen diversas tareas que el equipo de salud debe realizar antes de salir a la comunidad con una propuesta. Algunas de estas tareas no son puntuales, sino que deben mantenerse actualizadas a lo largo de todo el proceso. Podríamos resumirlas de la siguiente forma:

Información

Es conveniente mantener informados desde el principio a:

- La institución de la cual depende el Centro de Salud (área, distrito...) tratando de que apoyen la iniciativa o, en cualquier caso, que no se opongan a ella.
- A la institución local por excelencia, el Ayuntamiento, pues en el futuro va a tener que jugar un importante papel, como órgano democráticamente elegido por los ciudadanos y con importantes responsabilidades en el desarrollo local y la participación ciudadana. Además, puede constituir una futura fuente de recursos.
- A los servicios sociales presentes en el territorio, ya que en ellos es fácil encontrarse con profesionales que saben de lo que

estamos hablando y pueden constituir una importante fuente de información sobre el territorio y, si se lo planteamos bien, sin protagonismos, sumarse a la iniciativa.

El Ayuntamiento y los servicios sociales pueden constituirse como los mejores aliados en el inicio y mantenimiento de un proceso comunitario.

Hacer una **primera aproximación al conocimiento de la comunidad**. Se trata de identificar las fuentes de información existentes y «recopilar» la información disponible sobre estado de salud y sus determinantes: datos de morbilidad, censo o padrón, inventario de recursos, registros del Centro de Salud, etc.

No se trata de hacer en esta fase el diagnóstico de salud, ni mucho menos el diagnóstico comunitario, sino de realizar un primer documento con los datos más elementales, descripción del territorio, datos demográficos, de ocupación, problemas que se detectan desde el Centro de Salud, etc.

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



Este documento de primera aproximación al conocimiento de la comunidad tiene como objetivos los siguientes:

1. Socializarlo con la comunidad, por lo que deberá ser un documento sencillo y conciso, fácil de entender por todo el mundo. Constituye una credencial de la disposición del Centro de Salud a «abrirse», a relacionarse, a trabajar con la comunidad.
2. Disponer de un punto de partida, un diagnóstico «rápido», «microdiagnóstico» o diagnóstico de aproximación que no debería sobrepasar las 10-15 páginas, renunciando a las exposiciones formales de múltiples datos cuantitativos que van a servir de muy poco en esta fase del proceso.

Es muy probable que este documento refleje una visión muy «médica» de los problemas, pero eso es normal. Es más adelante cuando se incorpora la información proveniente de la comunidad y de otros sectores sociales, que adopta una visión más global de las necesidades de la población.

Para su elaboración, el Centro de Salud tendrá que dedicar un esfuerzo, utilizando los recursos de que disponga: trabajadora social, residentes de familia, técnicos de salud del área sanitaria, incluso algún profesional de otros servicios, y requerirá un tiempo de unos meses. Si disponemos de la colaboración de los servicios sociales municipales, esta primera aproximación al conocimiento de la comunidad será mucho más fácil y certera.

En definitiva, tenemos que pensar en un documento que:

- recoja los datos estructurales básicos más importantes del territorio;

- recoja los problemas más evidentes de la comunidad desde la óptica de la salud;
- contribuya a la relación con el tejido asociativo, otros servicios y la Administración;
- recoja un inventario de los recursos del territorio.

Finalmente deberá presentarse bien, cuidando los detalles, haciendo atractiva su lectura para la población no sanitaria.

Elaborar un **fichero de los recursos** con los que cuenta la comunidad (servicios, tejido asociativo, etc.). Aunque el inventario de recursos forma parte también del apartado anterior, es conveniente crear un registro específico de recursos que incluya los posibles «testigos privilegiados» (directores de colegios, farmacéuticos...) y «líderes comunitarios» (formales e informales), pues a ellos nos vamos a dirigir cuando hagamos la salida a la comunidad. Muchas de estas personas «clave» las conocemos de las consultas asistenciales, sólo hay que estar atentos para identificarlas.

Formación de los miembros interesados del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria, para lo que es aconsejable:

- Recoger bibliografía.
- Conocer otras experiencias.
- Acudir a cursos, talleres, encuentros, etc., y no sólo del ámbito sanitario.
- Buscar asesoramiento, fundamentalmente con profesionales del ámbito del trabajo social.

En definitiva, aprovechar cualquier oportunidad que tengamos en este sentido.

Documentación de todo el proceso. Llevar un registro de las actas de reuniones, conclusiones y



narrativos del proceso a medida que éste va desarrollándose, es una tarea imprescindible para un buen seguimiento y que facilita además el conocimiento del proceso para aquellas nuevas incorporaciones que se vayan produciendo.

SEGUNDA FASE: LA SALIDA A LA COMUNIDAD

La primera reunión formal con la comunidad debe ser muy bien preparada, por lo que habrá que tener en cuenta:

1. Hacer una convocatoria formal a todo el mundo, sin exclusiones (asociaciones, servicios, líderes comunitarios, etc.). Que nadie se sienta excluido ni pueda reprocharnos que no se cuenta con ellos.
2. Si es posible sería bueno que la convocatoria fuera conjunta con los servicios sociales.

El lugar, la hora, la forma de convocar y el desarrollo de la reunión, tienen que ser muy preparados para garantizar una asistencia importante y exitosa. Es aconsejable hacer esta primera en el Centro de Salud, dado que somos nosotros los que tomamos la iniciativa de la convocatoria, pero en las siguientes es recomendable realizarlas en locales comunitarios e incluso ir rotando, con el objeto de dar protagonismo a distintos recursos y asociaciones y contribuir a la creación de un sentido de pertenencia al proceso que está naciendo.

2. En esa primera reunión se debe socializar el documento acerca de la aproximación al conocimiento de la comunidad que hemos realizado en la fase anterior, y pedir la opinión de todos.

3. Nuestra propuesta consiste en el inicio de un proceso de intervención y participación de la comunidad para enfrentar los problemas y contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población del territorio, contando con todos los servicios y los recursos existentes y la colaboración de las instituciones y la administración. El objetivo común es la mejora de la calidad de vida, y no sólo el tema de la salud.
4. También se debe aclarar nuestro papel en la propuesta que les hacemos. Siempre plantear que el protagonismo pertenece a la comunidad y que nosotros, como profesionales, jugaremos un papel técnico con propuestas que tengan relación con la promoción de la salud, como asesores en problemas que nos planteen, etc. Que la participación de todo el mundo es la clave para el desarrollo del proceso.

La cesión del protagonismo a la comunidad nos libera a los sanitarios de tareas que no nos son propias y que nos conducirían al voluntarismo y al «queme».

En las siguientes convocatorias iniciamos el traspaso progresivo del protagonismo planteando la constitución de un órgano impulsor o **Comisión Promotora** de la iniciativa, a la que más adelante se le puede dar un soporte jurídico, si se considera necesario.

En esta comisión promotora, o como le queramos llamar, deberán participar los sectores más dinámicos del tejido asociativo y de los profesionales de los servicios. También personas a título individual interesadas en su comunidad y en el proceso que se quiere iniciar. No es un órgano con representatividad formal de la comunidad, pero sí un grupo comunitario activo y dinámico capaz de tomar la iniciativa.



Nuestro papel como profesionales del Centro de Salud en esta fase consiste en participar con la comisión promotora, dando ideas y sobre todo escuchando a los demás.

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

Desde el equipo de Atención Primaria podemos plantear una coordinación técnica e institucional con el resto de los servicios presentes en el territorio con el fin de enfrentar conjuntamente problemas comunes, tanto desde la perspectiva

asistencial como preventiva (fracaso escolar, toxicomanías, educación para la salud, etc.).

Al término de esta fase de salida a la comunidad y, traspaso de la iniciativa, una nueva estructura organizativa estará funcionando en la comunidad, la comisión promotora, con nuestro apoyo como Centro de Salud y con el apoyo del resto de los protagonistas del proceso comunitario.

A partir de este momento, esta comisión promotora tendrá que avanzar en el conocimiento de la comunidad, establecer prioridades, planificar programas y actividades, etc., siempre en un contexto de incorporación progresiva de personas y grupos al proceso de participación iniciado.

I RECOMENDACIONES PACAP



¿CÓMO INICIAR UN PROCESO DE INTERVENCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DESDE UN CENTRO DE SALUD?

De la reflexión a las primeras intervenciones

Las personas que estén interesadas en el documento «I Recomendaciones del PACAP. Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un Centro de Salud», pueden solicitarlo a:

Secretaría del PACAP.
Arriola, 4, bajo D. 18001 Granada
Teléf y fax: 958 208923
e-mail: pacap@samfyc.es