



Estudio de necesidades de salud de Beas de Granada mediante un proceso de investigación-acción participativa

Elia Sevilla García

Médica de familia, consultorio de Beas de Granada. Centro de Salud del Albayzín, Granada

Consuelo Reyes Ruíz

Enfermera de Atención Primaria, consultorio de Beas de Granada. Centro de Salud del Albayzín, Granada

M.^a Angustias García García

Trabajadora social. Centro de Salud del Albayzín, Granada

Concepción Bravo Díaz

Farmacéutica, Beas de Granada

Ana Isabel Soler Castillo

Médica de familia

Correo electrónico: cheloreyesruiz@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El enfoque de este proyecto de promoción de salud a través de la investigación-acción participativa (IAP en adelante) surge desde el desarrollo en el rol de un equipo de profesionales, que tenemos una concepción propia del proceso de salud enfermedad. Nuestro enfoque en la atención a la salud es bio-psico-social, entendido como campo de trabajo y de pensamiento del que participan distintos profesionales. En nuestro caso concreto, partimos desde la práctica en Atención Primaria con la implantación de programas de salud y de metodologías de promoción de salud que trascienden el modelo de estilo de vida saludable y, por tanto, suponen estrategias de mayor relevancia social y política.

Los profesionales que trabajan con una perspectiva psicosocial contemplan al individuo como persona que piensa, siente y actúa, y por eso le otorgan a la relación asistencial mayor espacio y poder. Piensan la relación asistencial como un espacio de aprendizaje donde el paciente va obteniendo

mayor conocimiento de sí mismo y mayor conciencia de sus dificultades. Lo psicosocial es pensar y creer que las enfermedades y los problemas son individuales pero también grupales, es pensar que el grupo puede enfermar a las personas y que también las puede mejorar. El enfoque biopsicosocial ayuda a situar los problemas de salud en su complejidad y multicausalidad¹.

Este proyecto se inicia y está coordinado por el equipo sanitario que había en Beas de Granada en 1999, y que estaba integrado por las siguientes personas: la enfermera comunitaria, la médica de familia y comunitaria, la farmacéutica del pueblo, el veterinario del pueblo y todos los médicos residentes en Medicina familiar y comunitaria que desde 1999 hasta la actualidad se han formado en el pueblo bajo la tutoría de la médica del pueblo.

Partimos de la consideración de que la salud y la enfermedad son procesos en los que se interrelacionan factores sociales, culturales, económicos, familiares, personales y del propio sistema sanitario. Entendemos la salud como una situación



dinámica y positiva que se basa en la capacidad de los individuos, familias y comunidades para utilizar sus propios recursos y modificar el ambiente, así como para adaptarse de la forma más positiva posible a determinadas situaciones vitales que no siempre se pueden modificar, como ocurre en ocasiones con la enfermedad y la muerte.

Desde nuestro enfoque pensamos que los habitantes de nuestro pueblo deben ser agentes activos en este proceso de salud-enfermedad, tanto de forma individual como colectivamente, participando en la toma de decisiones actuales y de futuro, incorporando el concepto de toma de poder o empoderamiento. Sin embargo, nuestra experiencia derivada de la consulta asistencial y de otros contextos de nuestra práctica diaria nos informaban de maneras de entender la relación asistencial por parte de la gente de una forma totalmente distinta a nuestras ideas previas. La cuestión es que en un tiempo anterior, con menos dotación de profesionales (médico y enfermera a tiempo parcial), las personas del pueblo

resolvían con más autonomía sus dificultades en la salud y en los cuidados de la salud; sin embargo, la mejora en la oferta de los servicios sanitarios los hizo más dependientes.

Este proyecto nace de la constatación de este hecho, pues asuntos sencillos que la gente resolvía por sí misma, ahora necesitaban de la opinión de «nuestra palabra sabia». Uno de los retos con los que nos enfrentábamos era potenciar justamente el saber que la gente ya tenía, pero que por distintas razones habían desechado, reemplazándolo por la fe en el poder de «lo médico». Esta paradoja analizada a la luz de nuestra experiencia fue lo que nos llevó a poner en marcha un proyecto de promoción de salud a través de la investigación-acción participativa.

TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

A lo largo de la historia queda constancia de que el tipo de relación que se establece entre los ciudadanos y



el profesional sanitario, y entre ambos y el sistema de poder, tiene unas claras repercusiones sobre la salud de las poblaciones y no cabe duda de que ésta sea una historia polémica.

La realidad nos muestra hoy un sistema sanitario ligado al desarrollo industrial y a los métodos diagnósticos, lo que genera en la población una actitud de delegación de responsabilidades en relación con su salud. Para algunos estamos ante una estructura sanitaria del siglo XIX y unos pacientes del siglo XXI².

A raíz de la reforma de la Atención Primaria en nuestro país, se han puesto en marcha diferentes experiencias que intentaban hacer realidad la participación comunitaria en los Centros de Salud, y que han tropezado con graves dificultades, cuyo análisis ha llevado a algunos autores a plantearse tanto el concepto de participación, como el de comunidad.

No hay literatura médica en contra de la participación en la salud, aunque puede estar cuestionada en algunos casos por la sociología o la antropología; lo que sí es cierto es que existen diferentes puntos de vista en función de las posiciones epistemológicas y de la importancia otorgada a lo individual o a lo colectivo. Los estudios llevados a cabo desde la sociología, la antropología y pedagogía son numerosos, y un análisis de ellos desbordaría las pretensiones de este trabajo, pero citaremos a algunos autores españoles que aportan conceptos de interés.

Desde la psicología, Pascual Pacheco³ afirma que es difícil llegar al concepto de participación y que hablar de participación es hablar de un proceso y no de un acto único. Rodríguez Villasante⁴, especialmente preocupado por los movimientos ciudadanos, desde una perspectiva crítica, cree que nos encontramos ante un momento de crisis de los movimientos participativos. Irigoyen⁵ opina que es muy difícil enunciar una definición, ni de participación ni de comunidad, ya que ésta tiende a diluirse en las sociedades actuales. En pedagogía, Serramona⁶ elabora una síntesis con todas estas cuestiones. Desde la perspectiva crítica, son interesantes las aportaciones entre las que destacan las de Freire, quien plantea el

problema de la humanización del hombre, negada por la injusticia y la explotación.

Desde el desarrollo comunitario y el trabajo social se contempla la participación en relación con la toma de decisiones y recepción de grados en la misma. Marco Marchioni⁷ entiende que la participación es la cuestión central de cara a la superación de las dificultades sociales y se encuentra estrechamente relacionada con el cambio social. López de Ceballos⁸ se sitúa en una perspectiva crítica y aporta conceptos como participación y desarrollo, participación y educación.

COMUNIDAD: ¿UNA PALABRA PASADA DE MODA? ¿EXISTE LA COMUNIDAD?

El concepto bipolar comunidad-asociación de Tönnies⁹, tuvo un gran influjo en la ciencia social moderna. «Sin comunidad no hay moralidad, pero sin sociedad no hay progreso.» Al igual que Marx, Tönnies se empeña en «la búsqueda de la sociedad perdida».

Pareciera que después de la división de poderes dentro del estado no pudiera existir la comunidad; esos lazos primarios, ese entendimiento común y natural compartido que es el que constituye la comunidad, ya que las formas sociales fundadas en contactos se multiplican, mientras se acentúa el declive de la comunidad.

Jack Young¹⁰ aportó una glosa sucinta al pensamiento de Hobsbawm¹¹: «la identidad se inventa justo cuando se colapsa la comunidad».

Zygmunt Bauman¹² afirma que como comunidad significa un entendimiento compartido de tipo «natural y tácito», no sobreviviría a partir del momento en que el entendimiento se vuelve autoconsciente: comunidad como el paraíso perdido al que todos queremos volver, y parece que la concordia real no se puede producir de forma artificial o institucional. Irigoyen dice que en las sociedades avanzadas se disgrega la comunidad de forma inevitable.

Desde la concepción operativa de grupos, Javier Segura¹³ define la **noción de comunidad** como:



- un lugar de soporte de otros ámbitos: individual, grupal, institucional. Es el continente que soporta y guarda las otras realidades;
- un espacio interinstitucional; es decir, analizando los fenómenos que se dan cuando dos o más instituciones se relacionan o compiten;
- una forma de contextualizar en el espacio y en el tiempo lo grupal, de dar historicidad y geografía al grupo y a sus esquemas referenciales, incluyendo la concepción de salud;
- un lugar de convergencia epistemológica a dos niveles: el de la convergencia de los esquemas referenciales (concepciones, prácticas; instrumentos) de los trabajadores sanitarios, por un lado, y la representación que los ciudadanos tienen de su salud comunitaria, por otro;
- la convergencia entre los esquemas referenciales de los distintos campos profesionales que reclaman lo comunitario como propio.

Ésta es la concepción que ha guiado este proyecto.

INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

En la actualidad se están produciendo cambios muy importantes en las estructuras económicas, políticas, sociales y culturales de la sociedad que requieren cambios en los enfoques teóricos y en las prácticas de la intervención social; también los enfoques para entenderla y transformarla. Sin negar la eficacia de la ciencia en sus cometidos concretos, se necesita un paso más para poder movernos en la complejidad de situaciones que nos colocan los nuevos retos de las sociedades donde vivimos. La complejidad de la sociedad nos impide reflexionar y ver los caminos concretos, pues aunque no lo queramos saber, estamos implicados en la construcción social.

Villasante dice que, en lo social, la forma de reducir la incertidumbre y de ser más operativos pasa por la implicación de las partes en cada proceso. No se trata sólo de un derecho de las personas, sino, y sobre todo hoy, de la única salida para adecuar las soluciones de calidad a

cada situación concreta y compleja. Por eso, la implicación se maneja tanto por sectores neoliberales, como por los nuevos movimientos sociales. Las metodologías de la implicación pasan a ser hoy el reto con el que abordar las problemáticas de este cambio de siglo.

La investigación-acción participativa no ofrece un listado de soluciones, sino que propicia la conversación con la que abrir los procesos instituyentes en los que todos aportan reflexión y resuelven problemas. Sean cuales sean las respuestas que habiliten, éstas serán más ajustadas a la realidad.

Se tiende a implicar a distintos sectores de la sociedad y a distintos actores de la acción social; lo importante no es que todos se impliquen por igual, sino que todos se puedan contemplar desde la perspectiva de los otros.

Estas prácticas las podemos evaluar no tanto porque se lleguen o no a producir todos los efectos esperados como porque se inicie una espiral de acción reflexión *que impulse lo que se ha planteado*.

La IAP tiene sus orígenes en la confluencia de un conjunto de escuelas críticas de investigación social y de la pedagogía social que han confluído con bases epistemológicas comunes en Europa. Es un método de estudio y acción que sirve para obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la situación de los propios colectivos a investigar.

OBJETIVO

Realizar un estudio de necesidades de salud mediante la participación e implicación de las personas del pueblo para después intervenir sobre las mismas.

METODOLOGÍA

Nuestro trabajo tiene el diseño del estudio de caso y como tal combina materiales diferentes y utiliza distintas técnicas de investigación que vamos a ir describiendo al tiempo que relatamos el proceso de investigación-acción participativa.



La **IAP** es una metodología activa y participativa, por lo que buena parte de su diseño no podemos definirlo de antemano. Se trata de un *diseño en proceso*; es decir, reconstruido a partir de la propia praxis que se va generando en la comunidad. Dar la palabra no es suficiente para que las personas y los grupos opinen y decidan sobre las cosas que les afectan, sino que es necesario crear las condiciones adecuadas para que se puedan dar los procesos de reflexión, de autoformación, de programación y acción social más participativos e igualitarios.

Crear las condiciones adecuadas supone introducir un rigor metodológico del que a veces carece la investigación participativa. En nuestro caso ha sido el **equipo coordinador** el que ha tenido esa función de *impulsor* en función de ir por delante de todos en el comienzo de este proceso, planteando una *metodología de trabajo* a través de las reuniones grupales mensuales e incluso un primer borrador para empezar a reflexionar sobre el mismo.

El que una metodología introduzca rigor no quiere decir que no sea flexible a las especificidades de la comunidad, de los participantes en el equipo investigador y a los objetivos planteados, por lo menos eso nos ha demostrado este proceso después del momento instituyente del equipo investigador, que hizo cambiar el orden de importancia de algunos de los objetivos establecidos de antemano en el primer borrador. El equipo de Investigación-Acción Participativa prefirió introducir objetivos de autocrítica y reflexión y acción, restándole importancia a los datos demográficos o epidemiológicos.

El *equipo coordinador* contactó con la mayor parte del tejido asociativo del pueblo y con muchos ciudadanos en particular para explicarle esta idea que teníamos de hacer un proyecto comunitario que comenzaría por elaborar un estudio de necesidades a las que ir dando respuesta. En los contactos preliminares, los invitamos a participar y a formar parte de lo que llamamos el **equipo de investigación-acción participativa** y en el que se integraron la mayoría de las instituciones y asociaciones del pueblo,

así como ciudadanos particulares y, por supuesto, los miembros del equipo coordinador.

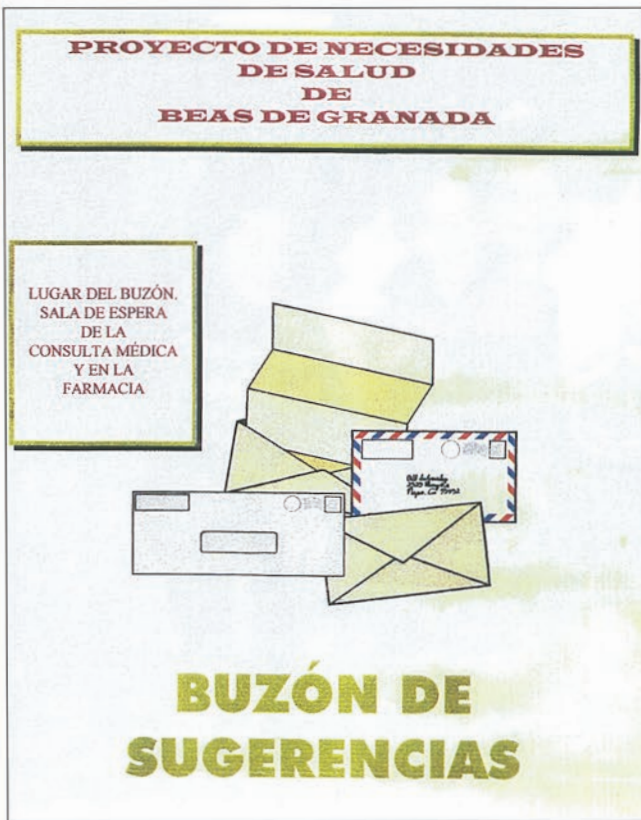
Desde el 17 de febrero de 2000 en que se constituyó el equipo de investigación para el estudio de necesidades en salud, y a medida que la participación de todos los integrantes fue una realidad, el equipo coordinador pausadamente dejó de tener una función tan directiva como la del inicio. Esto fue un hecho consolidado que iremos viendo en el relato de la dinámica del propio trabajo.

A través de las reuniones grupales y mensuales del *equipo investigador*, verdadero motor de este proyecto, se ha ido formando un esquema de trabajo grupal en función de la tarea. La noción de tarea en el esquema de trabajo grupal es una noción compleja y dialéctica. El grupo avanza en la medida en que afronta sus dificultades, no cuando las rechaza. El grupo ayuda a que las personas cambien. Lo terapéutico está incluido en la concepción que tenemos del aprendizaje¹⁴. Éstas fueron las bases metodológicas y epistemológicas que nos llevaron a impulsar este proyecto junto a nuestra experiencia previa en coordinación de grupos.

La dinámica del proceso se ha ido produciendo de esa forma sencilla y paulatina en la que cada miembro se ha ido sintiendo integrante, que aporta y recibe, que se autoincluye pero también incluye a otros, y en esa suerte de diálogo compartido, de escucha y de atención a las preocupaciones planteadas, de disensiones y aprobaciones en el más fiel respeto a todos, pronto se empezó a poder hablar.

La recogida de información se ha llevado a cabo de una manera participativa. En las primeras reuniones del equipo investigador, este asunto ocupaba un tiempo y un espacio central. Cada asociación u organización aportó documentos con sus objetivos, sus prácticas y sus fines; se hizo un reparto de tareas para recoger todos los datos de población incluida la estructura socioeconómica de Beas de Granada, datos demográficos, etc., y que sirvió al equipo de investigación para conocer mejor algunas características del pueblo.

Las fuentes de información para el estudio de las necesidades sentidas por la población también han sido



muy participativas. Los folletos de divulgación del proyecto y de recogida de las necesidades sentidas por los ciudadanos fueron elaborados por las mujeres de educación de adultos, los carteles informativos de las reuniones los realizaron, unas veces, las representantes de la Asociación de Mujeres y, otras veces, la Asociación de Padres y Alumnos. Los grupos de trabajo que se organizaron para el Día de la Mujer fueron preparados en una reunión de aprendizaje de «dinámica de grupos» en la que se plantearon una serie de talleres de trabajo con una técnica muy parecida a los grupos focales, sólo que, al final del taller, se hacía un resumen de lo dicho en cada grupo de trabajo y ésta era la información última de cada taller.

Los talleres celebrados con los hombres durante la semana cultural se prepararon de una forma muy similar a cómo se hizo con las mujeres, pero la captación para los mismos fue más costosa; se llevó a cabo a través de los líderes naturales y espontáneos del

pueblo, que fueron hablando personalmente con cada uno de los hombres para que participaran y además se celebró una reunión previa para explicarles el proyecto y la colaboración que esperábamos de ellos. Escucharlos surgió de una manera natural, porque tenían ganas de hablar de sus experiencias. Así pudimos empezar los contactos con ellos y la recogida de la información.

Debe resaltarse la falta de participación de los jóvenes del pueblo. Tuvimos la ocasión de ser observadoras no participantes en una reunión que el Ayuntamiento convocó para recoger las demandas y necesidades de los jóvenes, sesión que sirvió para que anotara en mi cuaderno de campo gran cantidad de notas emotivas y valorizadoras. Sin embargo, no se pudo recoger ninguna información. Incorporar a los jóvenes a ese proyecto ha sido difícil por no decir imposible.

La excesiva implicación de algunos de los miembros del *Equipo coordinador* con respecto al proyecto ha sido supervisada, así como la metodología y el desarrollo de los grupos de Educación para la Salud. La supervisión externa ayuda en algo a marcar una distancia y a que la implicación no suponga un obstáculo epistemológico en el desarrollo del proceso.

El trabajo de codificación de la información se realizó de manera sencilla y participativa. Se decidió hacer un listado con todos los problemas que había en los folletos y con todos los resúmenes de los grupos de trabajo. Este listado se trabajó en cada institución u organización y fue discutido posteriormente en la reunión del *equipo de investigación-acción participativa*, de la que surgió el encargo a la médica y a la enfermera de efectuar la priorización basándose en los criterios que se habían discutido de antemano.

Tras la priorización se decide empezar a trabajar con tres de los problemas que podían ser abordables por nosotros y comenzó una fase nueva en el *equipo investigación-acción participativa* regida por **el trabajo por comisiones** durante algún tiempo. Cada integrante del *equipo* se adscribió a una comisión de trabajo y fue muy rápido y eficaz el trabajo desarrollado en ellas. Se hizo un primer trabajo muy interesante e intenso por parte de cada comisión. Pasado un tiempo



y realizadas algunas actividades en cada comisión se decidió continuar trabajando de **manera asamblearia**, pues sentíamos que las comisiones eran pequeñas a la hora de tomar determinadas decisiones y preferíamos el consenso o la divergencia en un grupo de trabajo más grande.

El *equipo investigación-acción participativa*, en distintas ocasiones durante el desarrollo del proceso, se ha planteado y discutido la forma en la que constituirnos para obtener **financiación** que facilitara el desarrollo de las actividades derivadas de este proceso. Tras descartar constituirnos como una asociación sin ánimo de lucro, se decidió continuar trabajando de manera asamblearia y también se acordó que los recursos necesarios para el desarrollo de este proceso participativo, en principio, los aportásemos entre todos los que componíamos el *equipo de investigación*.

La **confidencialidad** con los temas particulares, personales o generales del pueblo que puedan ser objeto de explicación o discusión en las reuniones ha

sido algo a tener en cuenta desde el principio y, por tanto, una exigencia en la dinámica de las reuniones.

Otro elemento a destacar en todo este proceso metodológico ha sido el de no levantar **falsas expectativas** con el proyecto; hemos tenido que autoconvencernos de que el proyecto siempre sería producto de la contribución de todos, y así era expresado en todas las reuniones divulgativas y educativas.

Como resumen del abordaje metodológico utilizado para hacer participativo el estudio de necesidades de salud en Beas de Granada, hay que señalar que se han llevado a cabo dos tipos de aproximaciones:

Desde la *perspectiva cuantitativa* se ha realizado un estudio documental de la realidad demográfica y socioeconómica del municipio de Beas de Granada, así como el estudio de la situación de autonomía-dependencia de los mayores de Beas de Granada.

La *aproximación cualitativa* ha permitido el mantenimiento del proceso participativo basándose en la



técnica de reuniones mensuales coordinadas. También se han utilizado una serie de técnicas de recogida y análisis de la información, tales como: talleres de trabajo con mujeres y hombres del pueblo para recoger necesidades de salud sentidas por ellos; elaboración y recogida de información en un folleto anónimo que ha permitido obtener la visión y la opinión de los ciudadanos de Beas de Granada sobre sus necesidades de salud.

Nuestras fuentes de información han sido:

Primarias:

- Grupos focales con mujeres del pueblo para identificar problemas de salud.
- Grupos focales con hombres del pueblo para identificar problemas de salud.
- Folleto anónimo de identificación de problemas de salud.
- Las actas realizadas en todas y cada una de las reuniones mantenidas.
- Cuaderno de campo.

Secundarias: estadísticas e historias clínicas.

POBLACIÓN DESDE, CON, PARA Y EN LA QUE SE HACE EL ESTUDIO. BEAS DE GRANADA: DESCRIPCIÓN Y LOCALIZACIÓN

Beas de Granada es un pueblo pequeño de la provincia de Granada que está a veinte kilómetros de la capital; apenas tiene dispersión geográfica y tiene buena comunicación con la capital y con otros destinos por medio de una autovía. Según los datos del padrón de 1999, cuenta con una población de 1.034 habitantes. Desde 1981 la tendencia en el movimiento natural de la población es de ligera pero continua recuperación.

Actividades realizadas y celebradas en el año 2000

- Constitución del equipo investigador.
- Celebración del Día Internacional de la Mujer Trabajadora.

PROYECTO DE NECESIDADES DE SALUD DE BEAS DE GRANADA.

¡¡ ATENCION CAZADORES !!

EL VETERINARIO OS CONVOCA A UNA CHARLA SOBRE:

TRIQUINOSIS

Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ANIMALES DE CAZA Y DOMESTICOS.



DIA: 9 DE JUNIO.

HORA: A LAS 7 DE LA TARDE.

LUGAR: LAS ESCUELAS.

- Elaboración de los folletos de información y participación dirigidos a los ciudadanos y que elaboraron las alumnas de la escuela de adultos ayudadas por su profesora.
- Elaboración de un folleto de remedios naturales que conocen en el pueblo y que han elaborado las mujeres de la educación de adultos.
- Mantenimiento de las reuniones grupales y mensuales.
- Reunión informativa para todo el pueblo.
- Charla sobre la triquinosis dirigida a todo el pueblo (a raíz de un brote provincial).
- Reuniones de trabajo con hombres para explicarles el proyecto, implicarlos y obtener información sobre necesidades de salud.
- Reunión de trabajo con jóvenes.
- Elaboración de publicaciones locales y elaboración de proyecto para financiación.
- Codificación de datos extraídos de los folletos.
- Priorización de las necesidades sentidas por la población.
- Reunión de información sobre meningitis.



Problemas y necesidades identificados

1. Falta de apoyo para el cuidado de los enfermos y mayores.
2. Falta de actividades para los jóvenes.
3. Necesidad de actividades de educación para la salud.
4. Problemas de convivencia.
5. Contaminación.
6. Problemas de los servicios sanitarios.

Tras este listado de problemas de salud identificado por la población, el equipo de investigación tuvo que dilucidar con cuáles de ellos comenzaría a trabajar. Para esta segunda priorización enfocada a la acción estuvo sometida a dos criterios que se tenían que dar como condición: la importancia del problema y las posibilidades de actuación por nuestra parte. Tras todo esto, se concluyó:

1. *Falta de apoyo para el cuidado de enfermos y mayores*

Dos motivos aconsejaban el abordaje inicial de este problema: es el más mencionado y, al parecer, sentido, al menos por las mujeres; y en cuanto a recursos, estaba en ese momento construyéndose en el pueblo una Casa de la Cultura que incluye dependencias para Hogar del Pensionista. Se analizó la posibilidad de hacer un proyecto de funcionamiento de este centro, con voluntariado del pueblo y más recursos institucionales (como el personal de ayuda a domicilio) que permitieran su utilización con ese objetivo.

Se decidió formar una comisión con la concejala responsable del tema, una representante de la Asociación de Mujeres, la trabajadora social de la Diputación, la enfermera y la médica, para hacer un estudio del problema y un plan de trabajo.

2. *Actividades de educación para la salud*

Esta necesidad también era sentida por el personal sanitario que atendemos al pueblo, y puesto que reiteradamente había sido identificada en todos los grupos, y dada la formación y experiencia en el tema tanto de la médica como de la enfermera, se decidió

abordarla como parte del trabajo cotidiano del consultorio, dedicando un día a la semana a la puesta en marcha de grupos de educación para la salud. Ese día no habría consulta y sólo se atenderían pacientes «no demorables».

Además de grupos de educación para los temas que se habían sugerido en el proceso, se planteó también un grupo de «formación de formadores», ya que en la Asociación de Padres habían comentado su disposición a trabajar ellos mismos con los jóvenes si recibían la formación adecuada.

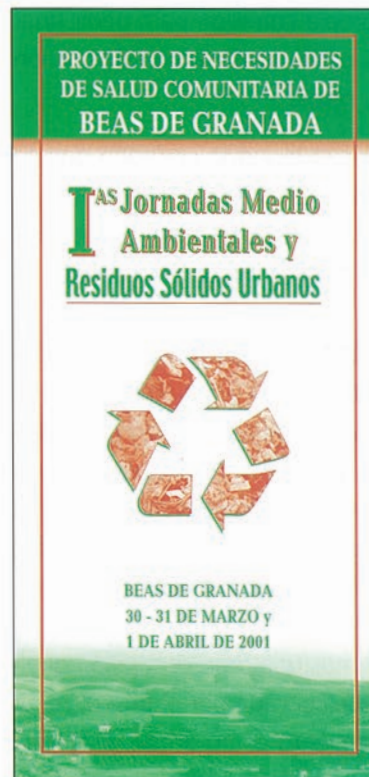
3. *Basuras*

Se priorizó pensando que debe ser relativamente fácil de solucionar, siendo fundamentalmente un problema de educación sanitaria. Lo abordaron el concejal correspondiente, el veterinario, la farmacéutica, la maestra y algunas personas voluntarias del pueblo, desde una perspectiva integral que incluía la concienciación de la población sobre el respeto a las normas de recogida de basuras (horarios, recogida selectiva en distintos tipos de contenedores, posibilidades de reciclaje).

Actividades realizadas en los años 2001 y 2002: trabajo por comisiones

Comisión de basuras

1. Colaboración con el Ayuntamiento en una campaña de divulgación en el pueblo con el objetivo de que se hiciera un uso correcto de los contenedores en cuanto a horarios y tipos de depósitos y también pedir la comprensión de las personas del pueblo con respecto a la subida de la tasa de recogida de basura. Por nuestra capacidad de convocatoria, el alcalde nos pidió apoyo para que la gente comprendiera que la subida está relacionada con la compra de contenedores para la recogida selectiva y con el cierre del vertedero incontrolado.
2. Organización de unas jornadas sobre residuos sólidos urbanos.



3. En la Semana Cultural de 2001 se organizó una jornada informativa sobre el uso de los pesticidas en el pueblo. Se invitó especialmente a comerciantes y usuarios y, por supuesto, a todos los ciudadanos del pueblo.
4. Se planifica la organización de un curso para la obtención del carnet de manipuladores de plaguicidas y pesticidas, que va a ser imprescindible tener para utilizar estos productos por exigencia de la normativa de la Unión Europea.
5. Campaña medioambiental en el medio escolar.

Comisión de mayores

El trabajo realizado por la comisión de mayores durante todo el año 2001 fue encaminado a elaborar un proyecto con aspectos básicos y criterios mínimos, para la apertura y funcionamiento del centro de día, tal y como se reflejaba en el estudio de necesidades.

A continuación detallamos las actividades más importantes realizadas y desarrolladas para tal fin:

- Estudiar la posibilidad de pedir fondos a la Unión Europea (fondos Feder) para el centro de día.
- Se buscó y revisó la legislación que regula estos centros.
- Preparar presupuestos y facturas preforma para el equipamiento del centro.
- Se visitaron distintos centros de día para que nos orientaran sobre su organización y funcionamiento.
- Elaboración de un informe descriptivo sobre la situación de los mayores desde la perspectiva de la autonomía-dependencia para poder valorar las necesidades de cuidados.
- Realización de unos talleres de trabajo con la Asociación de Mujeres para obtener información sobre el posible diseño de funcionamiento y orientación del centro de día.
- Muchas consultas y lecturas para que el centro tuviese una orientación sociocultural, más que salutista.
- Elaboración de proyectos de funcionamiento del centro de día por parte de la Asociación de Mujeres



y de la propia comisión para pedir financiación a distintas instituciones, como diputación, premios PACAP y otros.

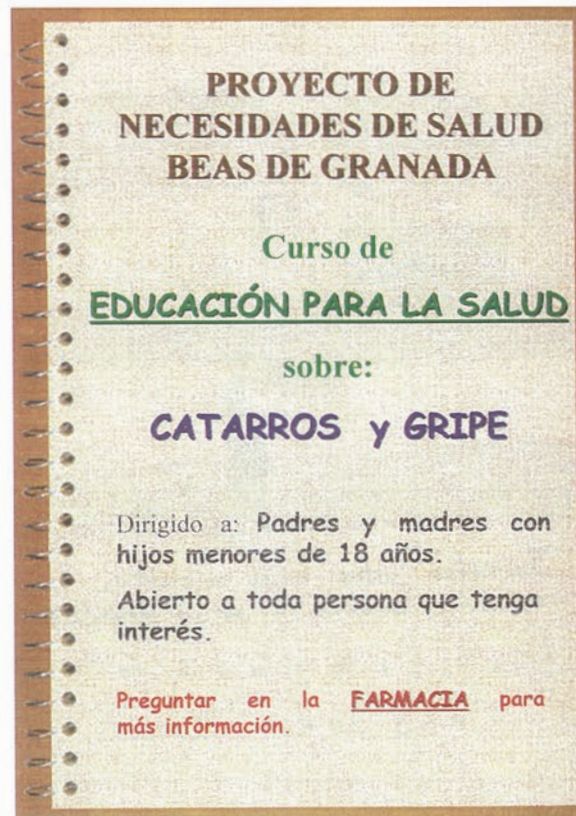
En definitiva, lo que esta comisión quería defender era lo que habían pedido los ciudadanos, que el hogar del pensionista fuese algo más que un bar con los precios más baratos y al que sólo acuden hombres a jugar un rato al dominó o a las cartas.

En julio de 2002, el Ayuntamiento abrió al público el nuevo consultorio rural y el hogar del pensionista sin haber tenido en cuenta el trabajo pensado y realizado. Hay que decir que en esta comisión estuvo trabajando muy activamente la concejala de Cultura y Deportes y a veces también el alcalde. Este hecho ha dado que hablar en el pueblo, en las reuniones del equipo de investigación y en otros ámbitos de la vida social. En principio sufrimos una gran decepción que una vez que ha podido ser elaborada por el grupo, ha desembocado en un afianzamiento como grupo de trabajo sobre los problemas del pueblo y que se plantea cómo poder influir en el poder político.

Comisión de educación para la salud

A la comisión encargada de poner en marcha grupos de educación para la salud le empezaron a llegar demandas que fueron atendidas y que se concretan en dos: por un lado, la Asociación de Padres de Alumnos que querían trabajar sobre asuntos que afectaban a sus hijos, fundamentalmente en relación con la adolescencia, y, por otro, mujeres con hijos pequeños querían saber cómo manejarse con las frecuentes infecciones respiratorias de éstos. Se organizaron distintos trabajos grupales, de los que vamos a sintetizar a continuación los aspectos más relevantes.

Por una parte, se organizó un *grupo de educación para la salud* sobre catarros y gripe con metodología participativa dirigidos a madres con hijos pequeños. Durante dos meses, en sesiones semanales de dos horas, las coordinadoras (médica, médica residente y farmacéutica) configuraban los temas a modo de preguntas sobre las que se estructuraba el trabajo de las participantes, centrado en la reflexión y la búsqueda



de respuestas. Los temas tratados fueron la sintomatología de las infecciones respiratorias, sus riesgos, los motivos para acudir o no a consulta, las medidas a aplicar en casa, incluyendo automedicación responsable, y las expectativas con respecto a la asistencia sanitaria en estos casos. El grupo abordó además los temores y dudas que estas situaciones generaban en el ámbito familiar. Esta actividad se hizo en dos ocasiones, una en 2001 y otra en 2002.

Asimismo, se organizó, en coordinación con la APA del colegio, un *grupo operativo* con el objeto de formar a los padres y madres interesados en los temas de la adolescencia, que estuvo coordinado por la médica, la enfermera y la médica residente, las cuales se distribuyeron los roles de coordinación, observación y lectura de emergentes y aportación de información según los contenidos de cada sesión. Hay que señalar que para la información de algunos temas asistieron informadores externos y que la frecuencia de las reuniones de trabajo grupal fue mensual.



Los contenidos temáticos y las fechas del grupo operativo fueron los siguientes:

- Drogas, concepto, efectos, clasificación (3-4-2001).
- Drogas: repaso de conceptos. ¿Cómo detectar problemas de drogas en sus hijos? ¿Cómo informarles? (8-5-2001).
- Adolescencia y relaciones familiares (9-10-2001).
- Anorexia y bulimia (informó una joven que la había padecido) (7-11-2001).
- Desarrollo evolutivo y relaciones con los hijos en la infancia (22-1-2002).
- La adolescencia: relaciones familiares y sociales (19-2-2002).

El objeto planteado para la coordinación del grupo fue el de facilitar un espacio en el que se pudiera hablar de cuantas dudas, temores y angustias tuvieran los participantes respecto a los temas planteados.

El desarrollo del trabajo grupal estuvo basado en crear un clima de tolerancia y nada autoritario desde el punto de vista de los contenidos, facilitando la comunicación y los aspectos de lo que cuesta trabajo hablar, pero que están latentes en la dinámica grupal. La información actúa también como facilitadora, ya que desde ella emergen otro tipo de informaciones o emociones más personales o sociales.

En estos grupos cada uno de los integrantes no sólo recibe sino que aporta conocimiento, comprensión o alternativas que van a ser útiles para los demás. La tarea de la coordinación estuvo centrada en señalar obstáculos que impidieran la comunicación o el desarrollo del proceso grupal.

Podríamos afirmar, por el rigor de todo lo expuesto, que el año 2001 y parte de 2002 fueron de un intenso trabajo, de consolidación del grupo para la reflexión e intervención de los problemas de Beas: las comisiones de trabajo demostraron fluidez y eficacia en el desarrollo de sus trabajos respectivos como se ha podido demostrar. Después de más de un año de trabajo en las mismas para problemas concretos, el grupo de trabajo decidió continuar trabajando de manera asamblearia y, como siempre, en los

encuentros mensuales y grupales para poder reflexionar y decidir entre todos. Hay que decir que mientras se mantuvo el trabajo por comisiones, no dejaron de celebrarse las reuniones grupales del equipo de investigación, así que en realidad lo que ocurrió fue una continuidad sin más fracturas en el desarrollo del trabajo.

Cronograma de trabajo 2002-2003

Aunque 2002 vino marcado por la vuelta al trabajo asambleario, se continúa trabajando a un ritmo y a una profundidad sorprendente en nuestra propia experiencia. Hubo continuidad con el trabajo hecho en cada comisión. El equipo de investigación continuó su proceso de reuniones mensuales.

- Se organizaron unos grupos de trabajo para el diseño del futuro del centro de día con motivo del Día Internacional de la Mujer.
- Se continuó con los grupos de educación para la salud que después tuvieron que ser suspendidos un tiempo por problemas de salud y de sobrecarga de trabajo de los miembros del equipo coordinador.
- La sensibilidad creada en la comisión de mediambiente se vio reflejada en lo que fue la organización de unas jornadas de desarrollo rural que se celebraron en junio de 2002 con la idea de dar a conocer y potenciar posibles proyectos de desarrollo para el pueblo en un futuro por parte de las personas que los estaban madurando. Se presentó la idea de un proyecto para hacer una granja escuela, así como un museo arqueológico en el pueblo y un camping.
- Respecto al centro de día, por una parte, continuamos haciendo proyectos de diseño para obtener financiación, y, por otra, la Asociación de Mujeres también está trabajando para la obtención de fondos. Como cuidadoras que se sienten, la mayoría de las mujeres del pueblo piensan y dicen que a quien más les afecta este asunto en la actualidad es a ellas mismas, que son las que se



responsabilizan del cuidado de sus mayores y de los enfermos.

- En la Semana Cultural de este año se intentó trabajar una vez más con la juventud, aceptaron que se invitaran a una serie de asociaciones juveniles de otros pueblos para poner en común lo que hacen, cómo se organizan y otro tipo de aspectos que les interesaran. De nuevo fue imposible este trabajo; no se presentó ningún representante de las asociaciones. Este fracaso fue analizado y evaluado en las reuniones de trabajo grupal del equipo investigador.
- En julio de 2002 se inauguró el consultorio rural, sin estar del todo preparado, y también el Hogar del Pensionista, sin ninguna de las reformas previstas en trabajos desarrollados con anterioridad.
- Siempre se había defendido en todo este proceso participativo que el momento de apertura de dicho

centro iba a ser determinante para poder implantar algunas de las líneas de trabajo que se perfilaron el Día Internacional de la Mujer. Además se decía que el momento instituyente de alguna institución o de algún evento era determinante para su posterior funcionamiento, ya que puede facilitar el cambio social si se estima necesario a través de plantear nuevos patrones o nuevas perspectivas. En este caso fueron las mujeres mayores las que se quedaron sin el espacio soñado y pensado por todos.

- En noviembre de este año, de nuevo la Escuela Andaluza de Salud Pública contactó con nosotros para que participáramos en el Curso de Formación de Capacitación en Servicios de Atención Primaria para profesionales sanitarios chilenos. Vinieron al pueblo, visitaron las escuelas, el consultorio, hicimos una sesión de trabajo para explicarles nuestro proyecto y después tuvimos una comida de trabajo conjunta.

Todo lo que llevamos de año 2003 ha sido un tiempo mucho menos intervencionista, y un año reflexivo y de análisis de nuestro malestar respecto a las decisiones que tomó el Ayuntamiento con la apertura del bar del pensionista, se pensó en ocupar el espacio al menos alguna tarde para ofrecer otro tipo de actividades y de ocupación y se hizo. Se proyectó una película, a la que acudieron todas las mujeres de educación de adultos y otras muchas personas del pueblo.

EVALUACIÓN. ANÁLISIS DEL PROCESO GRUPAL

Cualquier estrategia de evaluación o análisis en el acontecer del desarrollo de un proceso en marcha es siempre reduccionista. En este caso es especialmente difícil, ya que el proceso participativo ha estado tan lleno de riqueza en las relaciones creadas, en las alianzas hechas durante el mismo, en los sentimientos y en los cambios generados en cada uno de nosotros, que ponerlo en palabras científicas es complicado.



Atengámonos, por tanto, a las preguntas clásicas de análisis de un proceso participativo y de las que hicimos una evaluación en las últimas reuniones mantenidas por el equipo investigador.

¿Se están logrando los objetivos del proyecto y se están desarrollando según se planifica?

Contestar a esta pregunta tras la exposición de este trabajo puede resultar una obviedad, pero recordar sólo que en todas las convocatorias hechas para consultas en el pueblo, la asistencia ha sido masiva. El alcalde, los maestros y otras instituciones han confesado que no tienen la capacidad de convocatoria que ha tenido este proyecto, podemos fijarnos también en la asistencia a reuniones y otro tipo de actos, en la asistencia regular y continua del equipo de investigación y en la colaboración de los hombres del pueblo.

Quizá la información más valiosa para el análisis ha sido la escasa participación de los jóvenes, que nos llevó a la reflexión de que hay que crear estrategias nuevas para poder relacionarnos con ellos o que ellos se relacionen con el proyecto.

Respecto a la participación según la influencia en los distintos niveles de decisión, también se han planteado estrategias para influir más directamente en el centro de la toma de decisiones de este pueblo, el Ayuntamiento. Se habló de no desistir y de continuar influyendo para que Beas sea el pueblo que queremos entre todos. Los integrantes del equipo de investigación han valorado este grupo por lo aprehendido en él, porque tener este espacio abierto a todos los ciudadanos para dialogar sobre los problemas o los asuntos que nos preocupan, puede dar oportunidades de cambio social a veces necesarios para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos del pueblo.

¿A quién no ha llegado y debería haber llegado?

La ausencia de los jóvenes en el proyecto ya está más que comentada. La máxima participación e implicación en todos los aspectos del proyecto la cubren las mujeres entre 30 y 65 años. Los mayores del pueblo se están dinamizando y dando pasos para constituirse como una

asociación de mayores y poder desde ahí colaborar en la consecución de un centro de día para personas mayores en Beas de Granada.

Con los hombres, en general, se ha llegado a establecer una relación de colaboración mutua que ayuda a incrementar su presencia en los distintos espacios de este proyecto. Siete de los integrantes del equipo de investigación son hombres del pueblo que se muestran muy activos en el desarrollo de las actividades realizadas, cuidan pequeños y grandes detalles en las intervenciones que realizamos por el conocimiento profundo que tienen de las costumbres y cultura del pueblo y sus gentes. Ellos han dado las pautas siempre de en qué momento o en qué horario es mejor celebrar según qué actividad, en función de otro tipo de tareas o actividades sociales del momento.

¿Están los participantes satisfechos con el proceso?

En la última reunión celebrada (junio 2003) todos y cada uno de los integrantes del grupo no sólo no quisieron claudicar, sino que surgió otra fase de este proyecto, lo que en teoría grupal se llama «momento del proyecto grupal».

Otro tipo de análisis a plantear en la dinámica de este proceso es el de los distintos momentos por los que ha ido pasando el grupo de investigación, ya que ha sido el verdadero motor de la dinámica del mismo y que se podrían definir a la luz de lo expuesto como un primer momento de cohesión grupal durante todo el año 2000 y que se produjo al hilo de ir conociéndonos y aceptándonos. Un segundo momento de trabajo y producción durante todo el año 2001 y parte de 2002, un tercer momento depresivo y de decepción y un último momento de proyecto para el futuro y de intentar influir en las decisiones del poder político del pueblo.

La dinámica global del proceso ha llevado a una «dialéctica grupal» con la que queremos designar una lógica de «inacabamiento de los grupos», puesto que éstos van cobrando significado en y por el desarrollo de su tarea. En este caso se ha dado una epistemología convergente, que es como se le llama al efecto grupal



de positiva implicación de todos los miembros de un equipo en un momento y en un proceso concreto, y desde el que es posible que al interaccionar todas las disciplinas y todos los saberes se logre un efecto multiplicador de la acción.

Otro aspecto a analizar en la dinámica del trabajo grupal es el *equipo coordinador*. En este caso, el temor principal con el que partíamos era nuestra directividad que sabíamos imprescindible para el inicio y confiábamos en ir perdiendo a lo largo del proceso. Así ha sido y desde un muy corto espacio de tiempo en el desarrollo de este proceso, nos sentíamos uno más de los integrantes en que ya no nos miraban ni nos hacían preguntas como si lo supiéramos todo. Disponemos de algunos momentos clave que ayudan a ilustrar nuestra distancia y el empoderamiento del grupo en la escalera participativa y uno de ellos se produjo cuando nos visitaron los profesionales sanitarios chilenos y preguntaron directamente a los integrantes del equipo investigador: «¿qué ocurriría con este proyecto si se va la médica y la enfermera de este pueblo?». Varias personas contestaron con resolución «pues continuaríamos nosotros haciendo lo que pudiéramos, ya sí seríamos capaces de continuar solos».

Nuestra escasa influencia en el desarrollo de este proceso también se visualiza en las últimas reuniones del equipo y en otros períodos en que por distintos motivos hemos tenido ausencias puntuales o de más duración y el equipo trabajó con absoluta normalidad. La reunión de evaluación celebrada en junio de 2003, también es determinante como momento clave para entender el empoderamiento del equipo investigador. En esta reunión, el grupo sin ninguna de las opiniones del equipo coordinador (y sanitario) decidió que en octubre comenzaría una nueva etapa planificando muy bien todas las actividades. Este hecho refleja la autonomía del grupo.

La coordinación del equipo, en sus funciones de vigilar los aspectos metodológicos y de procurar la comunicación y la integración, tanto en el interior del grupo investigador como con las relaciones del pueblo con el grupo, ha sido facilitadora del proceso, y para el

logro de obtener una cierta distancia con lo que ocurría, nos hemos servido de muchas evaluaciones internas y de la supervisión externa a nosotras.

Los que continúan y los que se marcharon: por distintos motivos a lo largo de este tiempo y de este proceso, algunas de las personas que comenzaron ya no están, como es el caso del veterinario, aunque el grupo de investigación no ha tenido muchas más pérdidas, lo que sí ha ocurrido es la ausencia temporal de algún integrante por cuestiones como la maternidad, enfermedad u otras, y, en líneas generales, las incorporaciones han sido más frecuentes y llamativas sobre todo en los últimos tiempos en que se han incorporado dos hombres y dos mujeres del pueblo.

DILEMAS Y ASUNTOS NO RESUELTOS

El caso del Ayuntamiento y nuestro alcalde ha constituido la gran paradoja a lo largo de todo este proceso, ya que una concejala ha sido miembro permanente en todas las reuniones del equipo investigador y con frecuencia acudían más de un concejal y el alcalde. No sólo parecía que estaban involucrados en el proceso y en sus resultados, sino que tuvieron un papel muy relevante en la comisión de mayores y parecían estar resolviendo aspectos de la adaptación del edificio. ¿Qué ha ocurrido después? ¿Sólo querían el voto de la gente y por eso aparecían? ¿Aceptan las democracias la participación? Parece evidente que la Administración local no se ha mostrado sensible al proceso participativo que se ha dado en el pueblo.

Límites del equipo sanitario y paradojas en la Administración sanitaria

Como ya hemos comentado en reiteradas ocasiones en la narración del proceso, el tiempo dedicado a la coordinación en el inicio del mismo fue considerable y muy intenso. Las líneas directrices de la Administración sanitaria tienden al individualismo; incluso en Atención Primaria estas actividades ni siquiera se contemplan en la cartera de servicios ni, por supuesto, en las



actividades ni en la cartera de servicios de los Centros de Salud ni en los tiempos de trabajo para realizar esto. Éstas son las paradojas y las distancias reales que existen entre los marcos teóricos y las realidades prácticas.

Esta paradoja ha afectado a nuestra dinámica en el proceso, ya que debido al intenso trabajo y horario del equipo coordinador se han tenido que suspender los grupos de educación para la salud que han sido tan reclamados en el pueblo.

La financiación

Tema recurrente en el quehacer del equipo investigador; durante los primeros tiempos del proceso se demostró que con las aportaciones personales y los recursos que cada asociación aportó fue suficiente para el mantenimiento del proceso y para realizar el estudio de necesidades. Desde que se inició la fase de intervención sobre los problemas reales, este asunto se convierte en dilemático o esencial, ya se habló que quizá uno de los aspectos de la planificación de la próxima fase podría comenzar con el estudio de los aspectos financieros en este proyecto.

Expectativas de futuro

Parece que esperan tiempos nuevos en el desarrollo de este proceso y cambios en las estrategias para hacerlo posible. ¿Serán posibles nuevas alianzas entre el tejido asociativo, los ciudadanos y la Administración local?; ¿se producirán los cambios necesarios en los patrones relacionales?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irizabal E. *Lo psicosocial: un referente necesario en Atención Primaria*. Dimensión Humana, 1 (5). Noviembre 1997; 41-44.
2. De Miguel JM. *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel; 1985.
3. Pascual Pacheco R. *Liderazgo y participación. Mitos y realidades*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1987.
4. Villasante TR, Montañés M, Martí J (coords.). *La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía*. El Viejo Topo; 2000.
5. Irigoyen J. *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada. 1996.
6. Serramona J. *Desafíos a la escuela del siglo XXI*. Barcelona: Octaedro; 2001.
7. Marchioni M. *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Popular, S.A.; 1989.
8. López de Ceballos P. *Un método para la investigación-acción participativa*. Popular, S.A.; 1989.
9. Ferdinand T. *Comunidad y Asociación* (traducción de José Francisco Ivers). Barcelona: Pensínsula; 1979.
10. Young J. *The exclusive society*. Londres; 1999
11. Hobsbawm. *Historia e imperio*. Barcelona: Ariel; 1977.
12. Bauman Z. *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI; 2003.
13. Segura J. *La noción de comunidad y el equipo de salud*. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales (2) 1995; 33-46.
14. Irizabal E. *Lo psicosocial: un referente necesario en Atención Primaria*. Dimensión Humana, 1 (5). Noviembre 1997; 41-44.