

Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria

Contacto:
E-mail: mariajose.aguilar@uclm.es

Autora:
María José Aguilar Idáñez
Catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Castilla-La Mancha.
Especialista en metodologías participativas de intervención y consultora internacional

Proporcionar los servicios más adecuados en el lugar más apropiado es un reto constante que precisa la colaboración coordinada de los profesionales médicos, de enfermería, de los planificadores sanitarios y de la comunidad.

La noción de que el Estado es el único con capacidad de decidir en materia sanitaria constituye un hecho inhumano y profundamente totalitario.

...Nuestra salud es demasiado valiosa para ser confiada solamente a políticos y economistas sanitarios. La calidad asistencial debe ser una responsabilidad compartida.

J.Villar y C. Hernández

Resumen

Este artículo incluye unas breves reflexiones sobre la participación comunitaria en salud, a partir de los resultados de la evaluación del funcionamiento y resultados de 70 consejos de salud, así como de 20 estudios de caso referidos a diversas experiencias de participación comunitaria en salud. El artículo no se centra tanto en el análisis de los resultados (ya publicados en un libro), sino en el análisis de los factores explicativos de la situación actual y la propuesta de algunas reflexiones actualizadas que permitan enriquecer el debate sobre estos temas.

En el estudio se clasifican estos factores explicativos en cuatro grandes clases, teniendo como referente principal de dicha clasificación el actor social que tiene mayor implicación en la aparición o surgimiento de dicho factor. Así, se presentan detalladamente los factores de origen comunitario, los explicativos relacionados con los equipos de salud, los causales relacionados con la Administración sanitaria y los factores contextuales. Por último, se realiza una explicación global de los procesos de participación comunitaria en salud, a la luz de los resultados de la investigación.

Introducción

Históricamente, las primeras preocupaciones e interés por promover la participación de la comunidad de forma sistemática surgieron de la propuesta de trabajo social denominada “Organización de la Comunidad” que tuvo su origen en Estados Unidos en la década de 1920. Dentro de esta corriente, se definieron por primera vez los principios que debían regir esta modalidad de intervención social, otorgando una gran importancia al protagonismo de las personas afectadas, ciudadanos de las comunidades locales en que se trabajaba. A mediados del siglo xx surgieron propuestas de desarrollo social para los países del Tercer Mundo, centradas en la acción de tipo comunitario, y en la participación activa de las personas, como estrategia de abordaje de los problemas del subdesarrollo. Esta línea de acción, consolidada internacionalmente como movimiento de “Desarrollo de la Comunidad” e impulsada con gran aliento hasta finales de la década de 1960 por las Naciones Unidas, volvió a llamar la atención sobre la necesidad de orientar las estrategias de intervención social sobre la base de la participación de la comunidad en los procesos de desarrollo que se estimulen y promuevan.

En España¹, tanto la influencia de estas dos corrientes de acción, como la de las Naciones Unidas, tuvo menos impacto que en otros países de similar nivel de desarrollo, y sólo muy recientemente se planteó la necesidad de una acción de base comunitaria en diferentes disciplinas sociales orientadas a la intervención sobre la realidad, entre las que podemos incluir la salud pública y la salud comunitaria.

El reconocimiento de que la política de salud debe integrarse en las políticas generales de desarrollo, junto con el escepticismo creciente acerca de las capacidades reales del sistema médico tradicional para mejorar el estado de salud de la mayoría de las personas, confluyeron y culminaron con la formulación del concepto y estrategia de Atención

EN EL ESTUDIO SE CLASIFICAN FACTORES EXPLICATIVOS EN CUATRO GRANDES CLASES, TENIENDO COMO REFERENTE PRINCIPAL EL ACTOR SOCIAL QUE TIENE MAYOR IMPLICACIÓN EN LA APARICIÓN O SURGIMIENTO DE DICHO FACTOR

Primaria de Salud (APS). Previamente al establecimiento de esta estrategia, los expertos realizaban las reflexiones siguientes:

1. La eficacia y eficiencia del sistema sanitario dirigido básicamente al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades son bajas en términos de salud colectiva conseguida.
2. Para conseguir y mantener un estado de salud desempeñan un papel fundamental otros factores sociales y económicos relacionados con la calidad de vida general y, por lo tanto, es imprescindible la participación de otros profesionales no sanitarios y de los ciudadanos.
3. Las medidas de prevención y promoción de la salud son las que pueden tener un mayor grado de eficacia para modificar los hábitos y estilos de vida, que son la base causal de las enfermedades crónicas de importancia creciente en las sociedades desarrolladas.

El concepto de APS, en relación con otras propuestas anteriores en el campo de la salud, incorpora tres aspectos totalmente innovadores:

- a. Que las prácticas sanitarias sean socialmente aceptables (aceptadas por la comunidad en que se aplican).
- b. Debe hacerse con la plena participación de la comunidad (como medio fundamental para lograr la autorresponsabilidad de la comunidad en el estado de salud y su mejoramiento).
- c. Debe tender al logro de la autogestión de la comunidad en materia de salud.

Es decir, el protagonismo y centralidad de la comunidad (como objeto y sujeto de atención) son indiscutibles, siendo concebida la participación comunitaria tanto como un medio (para mejorar el estado de salud), como un fin (lograr una comunidad autogestiva en salud y una cobertura total de los servicios de salud).

Ahora bien, habida cuenta de la equivocidad del término “comunidad”, es preciso definir este concepto de manera operativa y práctica, de modo que pueda servir para designar el objeto y/o nivel de intervención en salud a que nos referimos. Considerando las diversas conceptualizaciones y críticas a que se ha sometido el término en las ciencias sociales, definimos una comunidad como “una agre-



↑ Participantes en una experiencia de participación comunitaria en salud

gación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo”².

La *participación comunitaria* la definimos como el “proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas”³.

Aplicada al campo sanitario, la participación comunitaria puede entenderse con alcances diferentes (de menos a más):

- Como participación en los *beneficios* y mejora de las condiciones de vida que se producen por efecto de un programa de salud.
- Como *esfuerzo* o contribución que la gente aporta a un programa concreto.
- Como participación en la *evaluación* y control de los servicios de salud.
- Como participación en la *planificación* y programación de las acciones y servicios sanitarios.
- Como participación en la *toma de decisiones* sobre problemas y programas que les afectan.
- Como *cogestión* y *autogestión* de programas y servicios de salud.

LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SON LAS QUE PUEDEN TENER UN MAYOR GRADO DE EFICACIA PARA MODIFICAR LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA



↑ Consejo de salud

LOS OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN LOGRAR MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD SON MÚLTIPLES

Los objetivos que se pretenden lograr mediante la participación de la comunidad son múltiples: desde la movilización de recursos, la prevención más eficaz de ciertos padecimientos, la adopción de hábitos y estilos de vida más saludables o la mejora de la utilización de los servicios de salud, hasta el ejercicio del derecho y el deber de participar que todo ciudadano tiene en las decisiones que afectan a la vida cotidiana. En el caso español, algunos especialistas han propuesto los siguientes objetivos⁴:

- Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de las necesidades de salud más importantes.
- Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad.
- Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria.
- Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.
- Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.

Para la consecución de estos objetivos y el desarrollo paulatino de procesos de participación comunitaria en salud, se han propuesto muy diversos mecanismos o instrumentos de implementación. De toda la experiencia acumulada hasta la actualidad, y considerando particularmente el contexto español, identificamos cinco posibles mecanismos de instrumentación de la participación comunitaria en salud que, ordenados de mayor a menor grado de institucionalización y desarrollo en nuestro medio son los siguientes:

1. Los consejos de salud.
2. Los grupos de autoayuda.
3. Los agentes de salud comunitarios.
4. Las organizaciones voluntarias que trabajan en promoción de la salud comunitaria.
5. La comunidad en general.

Sin duda ninguna, los consejos de salud son el mecanismo de canalización de la participación comunitaria más generalizado en España, definido institucionalmente desde la Administración sanitaria. Si bien la Ley General de Sanidad vigente, establece y regula los consejos de salud a nivel de comunidad autónoma y a nivel de área, en la práctica y en el momento de realizar nuestro estudio, sólo existen experiencias de consejos de salud de zona, creados a instancia de las autoridades sanitarias de varias comunidades autónomas⁵.

Participación comunitaria a través de los consejos de salud

La creación y puesta en marcha de consejos de salud de zona en Castilla-La Mancha se inició a mediados de 1986, con la promulgación de la Orden 2-VI-86 que los regula en su composición y funciones. De las 85 zonas básicas de salud estudiadas⁶, 70 tenían formalmente creado el consejo de salud de zona. Sin embargo, sólo 34 de esos 70 consejos han tenido en algún momento un funcionamiento más o menos regular.

Actualmente, y de acuerdo con los criterios que se fijan en la Orden mencionada, sólo 8 consejos de salud de zona funcionan con la regularidad y frecuencia necesarias. Es decir, el mecanismo creado para canalizar la participación comunitaria en salud no se ha llegado a consolidar y mostrar como válido en los años en que se ha venido implementando.

La composición de estos consejos refleja más una preocupación por asegurar la presencia institucional del sector sanitario profesional y la Administración regional y local en el seno de los mismos, que por configurarlos como verdaderos órganos de representación de todos los sectores sociales y grupos existentes en la comunidad. Por otra parte, las funciones asignadas, o son de muy escasa relevancia, o no se cumplen cuando son de cierta significación. Los miembros de los consejos de salud de zona, en general, se muestran muy

decepcionados por la falta de poder de decisión que tienen y el escaso eco que encuentran en la administración sanitaria. Todo ello, los desalienta a participar activamente y de manera continuada. En estas circunstancias también influye significativamente el hecho de que los profesionales de los EAP realmente dedican muy poco o ningún tiempo de su trabajo a realizar una intervención comunitaria en salud, lo que imposibilita una implicación activa y efectiva en los consejos de salud de zona.

Como balance general de la experiencia analizada se puede afirmar que, salvo escasas excepciones, los consejos de salud de zona no funcionan regularmente o han fracasado como mecanismos de participación comunitaria en salud, debido a las razones siguientes:

1. La falta de un modelo claro y coherente de participación.
2. La asignación vaga de funciones, a su composición no representativa de la población.
3. Sobre todo, a la poca voluntad política existente para que funcionen, que se ha puesto de manifiesto en el escaso apoyo que la Administración ha dado a estos órganos que ella misma ha creado.

En los casos excepcionales de consejos de salud que siguen funcionando de acuerdo a los criterios de regularidad establecidos, éstos se han mostrado, dentro de sus muchas limitaciones, como instrumento útil para:

- a. Conocer demandas y expectativas de la población.
- b. Establecer una vía de información hacia la comunidad en cuestiones referidas a los servicios sanitarios.
- c. Crear un canal de diálogo entre los profesionales sanitarios y los representantes de ciertas organizaciones comunitarias así como con otros profesionales no sanitarios (agricultura, educación, servicios sociales, etc.).
- d. Aglutinar a otros profesionales sanitarios que no siempre han tenido un contacto muy estrecho con el equipo de salud, como son el farmacéutico y el veterinario.



↑ Experiencia de promoción de salud

Niveles de participación en otras experiencias comunitarias en salud

En muchas zonas básicas de salud en las que el consejo de salud ha sido un fracaso, se han podido detectar, sin embargo, experiencias de promoción de salud que el EAP ha iniciado y que han logrado un cierto nivel de participación de la comunidad. Esto pone de manifiesto que el hecho de que un determinado mecanismo no funcione, no imposibilita la puesta en marcha de otros que, desde diferente perspectiva y modalidad de operación, logren una mayor implicación de la comunidad en su estado de salud y una mejor utilización de los servicios sanitarios, gracias a la obtención de una mayor autonomía de la gente con respecto a estos servicios y al personal médico-sanitario.

Realizando un análisis comparativo de las diez experiencias estudiadas con mayor profundidad, se puede constatar que “a mayor grado de participación, las acciones de promoción de la salud tienen más posibilidades de éxito y de llegar a un elevado número de personas”.

Para poder establecer comparaciones entre los diferentes estudios de caso, éstos se han analizado en cuatro dimensiones:

1. El mecanismo y la modalidad de la participación de la comunidad: canales y estructuras y formas de participar.
2. Amplitud de la participación: tipo y cantidad de participantes, y frecuencia de la participación.
3. Áreas de participación de la comunidad en los servicios de salud: si se participa en la planificación, en la ejecución y/o en la evaluación.

EN MUCHAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN LAS QUE EL CONSEJO DE SALUD HA SIDO UN FRACASO, SE HAN PODIDO DETECTAR, SIN EMBARGO, EXPERIENCIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD QUE EL EAP HA INICIADO Y QUE HAN LOGRADO UN CIERTO NIVEL DE PARTICIPACIÓN

4. Grados de participación comunitaria en salud: como utilización de servicios y participación en los beneficios; como cooperación en la ejecución de actividades; o como participación en la planificación y gestión de los programas.

Se han identificado seis niveles posibles en relación con la participación de la comunidad en experiencias de promoción y educación para la salud. El nivel más bajo de todos (participación nula) se caracteriza por llevarse a cabo de forma exclusivamente individual, limitarse a la recepción pasiva de servicios y la presencia de actitudes negativas del personal sanitario con respecto a la participación de la comunidad. El nivel de participación baja implica una recepción colectiva de servicios informativos y de educación sanitaria, y una mejor predisposición del personal sanitario hacia la gente. En tercer lugar, definimos como participación restringida al nivel en que las acciones colectivas tienen cierta continuidad y se utiliza una metodología que induce a una participación más activa de la gente. Los efectos palpables de este nivel de participación son la modificación de ciertos hábitos y estilos de vida y la constitución de grupos de apoyo mutuo. La participación es moderada cuando las personas involucradas toman ciertas decisiones, ejecutan actividades y participan en la elección o construcción de instrumentos educativos. En este nivel ya se encuentra implicado un número mayoritario de los integrantes del grupo de que se trate o al que se dirija la actividad. Un nivel mayor de participación, que calificamos de significativa, se produce cuando la continuidad de las acciones en el tiempo es mayor que las anteriores, trascendiendo en muchos casos la decisión del equipo de salud. El protagonismo de la comunidad es más amplio, aumenta en mayor medida el número de personas a las que se llega con la intervención y se amplían las áreas de participación de la comunidad. Por último, identificamos un nivel de participación amplia cuando un gran número de personas se implica tanto en la organización de las acciones como en la recepción de servicios y medidas; cuando la autonomía respecto de los servicios de salud es mayor y la movilización de recursos comunitarios es más importante que las aportaciones del sistema sanitario.

A partir de la evaluación de los consejos de salud y el estudio de casos, podemos afirmar que la participación de la comunidad debe entenderse sobre la base de una serie de supuestos, sin los cuales no es posible entender, ni desarrollar, ningún proceso participativo.

En primer lugar, la participación no es algo que se conceda. Se trata del derecho de toda persona, de todo colectivo y de todo pueblo, a decir su palabra y a decidir sobre su propio destino. La participación es, por lo tanto, inherente a la naturaleza social del hombre.

Por otra parte, no se participa en abstracto, sino en algo y para algo. Cuando se participa es para lograr un objetivo claramente definido.

Para que la participación sea real y efectiva, deben darse tres condiciones:

- Proporcionar instrumentos para la participación (que la gente sepa cómo participar y realizar las actividades que ello supone), y, llegado el caso, desempeñar funciones de gestión y dirección, para lo cual es necesario desarrollar ciertas destrezas y habilidades técnicas.
- Que se institucionalicen los mecanismos de participación, es decir, que no dependan de la buena voluntad de alguien, aunque habrá que cuidar especialmente que no se burocraticen.
- Que se aporten elementos de información para saber de qué se trata (qué pasa o ha pasado), añadiendo elementos de reflexión que den significado a los fines de la participación (su intencionalidad).

Además, la participación es un objetivo estratégico, un punto de llegada que alcanzar. Por ello, lo normal es que la gente no participe de entrada: se trata de un proceso gradual y dinámico que tiene diferentes grados y niveles como examinamos anteriormente.

Y, por último, considerar que, cualquiera que sea el ámbito de actuación, la participación plena sólo se logra cuando la gente tiene facultades o poder de decisión, en un contexto mínimamente democrático y propicio a la participación.

Los hechos y circunstancias mencionadas, deben hacernos reflexionar sobre algunas cuestiones:

- La importancia, casi siempre excesiva, que el sistema de salud le ha dado a las organizaciones sociales formales legalizadas, como modalidad casi exclusiva de participación/articulación del tejido social; esto supone respuestas estereotipadas y un tratamiento burocrático de los problemas de salud.

IDENTIFICAMOS UN NIVEL DE PARTICIPACIÓN AMPLIA CUANDO UN GRAN NÚMERO DE PERSONAS SE IMPLICA TANTO EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS ACCIONES COMO EN LA RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y MEDIDAS

- La significación e importancia que tienen nuevas formas de participación social, no legalizadas y no estandarizadas (sino adaptadas a las peculiaridades locales) en materia de salud. En la medida que el equipo de salud haya analizado su contexto y su realidad concreta y organice su trabajo de manera participativa, tendrá una base de referencia que le permitirá orientar sus actividades teniendo en cuenta las particularidades locales.
- La eficacia que han demostrado algunas de estas nuevas formas de entender e implementar la participación comunitaria, que han permitido llegar a grupos de población a los que probablemente no hubieran llegado (o lo hubieran hecho con mayor dificultad y en mayor tiempo) los servicios sanitarios.
- La necesidad de rastrear, identificar, evaluar y potenciar todo tipo de mecanismo innovador que posibilite el mayor grado, amplitud y consolidación posibles de la participación de la comunidad; sin aferrarse a las vías clásicas y tradicionales de participación.
- La importancia de utilizar mecanismos estructurados (lo que no quiere decir formalizados legalmente) que, preferentemente, hayan sido organizados por la misma comunidad o, al menos, por los profesionales sanitarios conjuntamente con ésta, tratando de que la comunidad los adopte como propios. La imposición externa de mecanismos de participación (caso de los consejos de salud) ha demostrado que, si bien pueden ser de cierta utilidad, no contribuyen a dar continuidad y crecimiento a los procesos de participación comunitaria en salud.

Factores explicativos de los procesos de participación comunitaria en salud

A partir de la evaluación del funcionamiento y los resultados de los consejos de salud, así como del estudio de casos, ha sido posible inferir la existencia de obstáculos y dificultades que pueden impedir procesos de participación comunitaria en salud. También se ha conseguido averiguar por qué no funcionan determinados mecanismos de participación que se han implementado (como los consejos de salud), y se ha logrado identificar los factores que han contribuido al éxito o al fracaso de las experiencias estudiadas.

Dado que estos tres aspectos están relacionados entre sí, se pueden deducir algunas observaciones importantes. En primer lugar, el conocimiento de los fac-

tores o circunstancias que contribuyen o no al desarrollo de procesos de participación comunitaria en salud. Este conocimiento constituye una pieza clave para diagnosticar, en casos concretos y particulares, cuáles son las fortalezas y debilidades de la acción implementada. Todo lo anterior, a su vez, ofrece información fundamental para establecer estrategias que posibiliten mayores grados de implicación de los ciudadanos en el ámbito de la salud.

Atendiendo a una mayor claridad y comprensión, se ha dividido el estudio de estos factores en cuatro grandes clases, teniendo como referente principal de la clasificación el actor social que está más implicado o tiene un mayor protagonismo/responsabilidad en la aparición o surgimiento de dicho factor. Para decirlo brevemente, se hace una identificación y análisis de los factores que pueden explicar el éxito y el fracaso de las experiencias realizadas, tanto en lo que respecta a la propia comunidad, al equipo de salud, a las autoridades sanitarias, y al contexto social general.

Factores de origen comunitario más importantes o clave

1. La existencia de una comunidad tal como la definimos anteriormente (incluyendo la existencia de liderazgo en el seno de ésta, así como la presencia de sistemas de apoyo mutuo). Es decir, la importancia asociada al fenómeno del liderazgo en el seno de la comunidad, y a su utilización como factor potenciador en las experiencias estudiadas. Dicho en otras palabras, el éxito de las experiencias participativas depende, en una parte significativa, del hecho de que las personas implicadas en ellas ejerzan un liderazgo en algún sector o red de comunicación dentro de la comunidad. Esta situación facilita enormemente la capacidad de movilización de las actuaciones en salud, y en muchos casos ha sido el factor que ha asegurado el éxito de éstas. Examinando las diferentes experiencias estudiadas, observamos que el ejercicio del liderazgo tiene una importancia creciente a medida que la “distancia social y económica” entre los profesionales sanitarios y el grupo destinatario es mayor. Dicho en otros términos, cuanto más marginadas y pobres son las personas a las que se quiere involucrar en los procesos de participación comunitaria en salud, más relevante es la incidencia del factor liderazgo en el éxito de aquéllos. Es más, podemos afirmar que ningún “agente externo” (sea médico, enfermero o trabajador social del EAP), por más cualidades que tenga, puede llegar a movilizar a la gente tanto como puede lograrlo

ATENDIENDO A UNA MAYOR CLARIDAD Y COMPRENSIÓN, SE HA DIVIDIDO EL ESTUDIO DE ESTOS FACTORES EN CUATRO GRANDES CLASES



↑ Participantes del proceso de participación comunitaria de salud

un miembro de la misma comunidad, sobre todo cuando ejerce algún tipo de liderazgo en ella. Para comprender mejor el papel del factor liderazgo en los procesos de participación comunitaria en salud, conviene recordar la distinción entre poder e influencia, así como la relación que existe entre ambos conceptos que, a veces, son inversamente proporcionales. Así, hay situaciones de mucho poder y poca influencia (las de tipo autoritario, o en las que el médico es reconocido socialmente como una fuente de poder, sin llegar a influir significativamente en la conducta y comportamiento de sus pacientes o vecinos), y situaciones con mucha influencia y poco poder (la típica de toda minoría activa). Si bien es cierto que no existe una definición homogénea de liderazgo, entendiéndolo como una forma de relación de poder, podríamos considerar la influencia como una manifestación particular del ejercicio del mismo. De este modo, podemos definir el liderazgo como “una relación de poder que focaliza la conducta de los miembros de un grupo, en un momento dado, manteniendo determinada estructura grupal y facilitando la consecución de los objetivos del grupo”⁸. De las diferentes clasificaciones de liderazgo que se han elaborado, la que distingue el líder orientado a la tarea del líder orientado hacia la relación es la que nos parece más útil, ya que hemos podido constatar cómo, en general, el liderazgo orientado a la tarea es el que suelen ejercer algunos profesionales sanitarios que, además de su cargo en el EAP, desempeñan una función política en el gobierno local; mientras que el liderazgo orientado hacia la relación es, comparativamente, más frecuente entre los miembros de la comunidad. En cualquier caso, en nuestro estudio se ha vuelto a comprobar que la eficacia del liderazgo es mayor cuando se tienen capacidades relativas a la tarea, se poseen habilidades interpersonales (sociabilidad) y se tiene

motivación al liderazgo. La posibilidad de desarrollar la función social de participación, unida al ejercicio del liderazgo y el modo de vertebración del tejido social asociativo, condicionan las posibilidades de éxito de las experiencias de participación comunitaria en salud.

Muy ligado a esto, podemos comprobar que otra de las funciones que asignábamos al concepto de comunidad (la función de apoyo social), se manifiesta claramente como favorecedora de la participación: se trata de la existencia en la comunidad de algún sistema formal o informal, espontáneo o planificado, de ayuda mutua en problemas de salud. Dos sistemas se han mostrado más facilitadores de procesos de participación comunitaria en salud: la existencia de agentes de salud comunitarios, y la de algún tipo de redes de autoayuda.

Por lo que respecta a los agentes de salud pertenecientes a la misma comunidad, se ha podido comprobar en las escasas experiencias existentes que su presencia ha contribuido a elevar el nivel de autoconfianza y autorresponsabilidad de la gente en sus problemas de salud (objetivo de la participación comunitaria en salud). La existencia de agentes de salud comunitarios, tiene dos incidencias principales, muy significativas, en relación con los problemas de salud: permite elevar el nivel de conocimientos, y la sensibilización de la población. Además, y como consecuencia de lo anterior, ayuda a disminuir la brecha de comunicación e interrelación que, con mucha frecuencia, suele existir entre la comunidad y los profesionales sanitarios. Hemos observado también que, cuando la formación de agentes de salud se realiza de manera continua, no esporádica, se favorece más la participación; al igual que cuando se abordan problemas específicos de salud (diabetes, alcoholismo, nutrición, etc.), en lugar de problemas generales. Así mismo, cuando los agentes de salud pertenecen al colectivo de salud en que actúan, la eficacia y el grado de participación aumenta, ya que son percibidos por la población como personas que comparten vicinalmente sus mismos problemas. En la teoría del *Helper Therapy Principle*, de Riessman⁹, podemos encontrar una explicación de los beneficios personales que obtendría el agente de salud.

Por lo que respecta a la existencia de redes de autoapoyo dentro de la comunidad, se ha podido observar su incidencia como circunstancia favorecedora de la participación comunitaria en salud, independientemente de que la organiza-

EN GENERAL, EL LIDERAZGO ORIENTADO A LA TAREA ES EL QUE SUELEN EJERCER ALGUNOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE, ADEMÁS DE SU CARGO EN EL EAP, DESEMPEÑAN UNA FUNCIÓN POLÍTICA EN EL GOBIERNO LOCAL

ción de dichas redes sea formal o no, esté motivada o no por los propios servicios de salud. La presencia de este factor permite a la comunidad:

- a. Acceder a ciertos recursos ante las instituciones sanitarias (sobre todo cuando las redes toman forma de asociación).
- b. Mantener el interés y motivación de la gente en temas de salud que les afectan, evitando que aumente el “decaimiento” natural posterior a una actuación.
- c. Movilizar a personas y miembros de la comunidad a las que no “sensibilizan” los servicios de salud, y que se involucran en procesos de participación comunitaria en salud por medio de los contactos y el trabajo de ayuda mutua dentro de la red.
- d. Aumentar enormemente su capacidad de autoorganización en materia de programación, gestión, organización, prestación de servicios, etc.

Este último hecho, además, ha demostrado que, a través de las diversas formas de autoayuda, se puede lograr el incremento de poder de la gente respecto a su salud mucho más rápidamente que por otras vías.

Otros elementos constitutivos del concepto de comunidad que tienen influencia en el resultado de los procesos son el tipo de territorio geográfico (más favorable en un pueblo y aldeas y ciudad que en otro tipo de agregados), así como el tamaño del agregado social (número de habitantes de la zona). En este sentido, cuanto menor es el número de miembros de la comunidad, mayores dificultades existen para la realización de experiencias significativas. Dicho en sentido contrario, como ya lo revelaron las experiencias históricas de desarrollo comunitario, es necesario llegar a un número mínimo de personas que es el “umbral” a partir del cual es posible desatar un proceso de sinergia y dinamización del tejido social con la participación de la gente. Parece que, por debajo de 8.000 habitantes no se suele producir una dinámica social que haga “despegar” y estimule estos procesos. Aunque cuando las distancias y tiempos de desplazamiento dentro de la zona son muy grandes las dificultades aumentan. Los modelos de umbral de conducta colectiva de Mark Granovetter constituyen, sin duda, un elemento interpretativo clave en la cuestión que estamos examinando. Esto supone que “el análisis de costes y beneficios que realiza un individuo para decidir si participa o no en

una acción colectiva se ve determinado decisivamente por el número de los que ya han decidido tomar parte en dicha acción. El umbral de participación sería, pues, el número de personas que tendrían que unirse a un grupo para que un individuo concreto se animara a secundarlos”¹⁰. Dicho en otras palabras, el número de personas que, actuando juntas, mueven a que otros lo hagan. Es a partir de este umbral cuando “los beneficios netos comienzan a superar los costes netos para ese actor concreto”¹¹. Sería, por lo tanto, en comunidades superiores a 8.000 habitantes donde la factibilidad de lograr los “umbrales de participación” en los diferentes grupos y asociaciones sería más alta, pudiéndose articular y complementar mejor los intereses individuales y colectivos.

2. La percepción de beneficios individuales (obtenidos como fruto de la participación) en las personas que participan, como la mejora de la autoestima personal de los participantes, sentirse “escuchado” por el personal sanitario, sentirse valorado como persona capaz de aportar algo. Esta percepción de “beneficios individuales” que tienen los participantes en las experiencias de promoción de salud explicaría o pondría de manifiesto una lógica de la acción colectiva de carácter racional e instrumental, basada en un análisis de costes y beneficios de la contribución. Sin embargo, este tipo de perspectiva económica de la acción colectiva no explica, en este caso, la situación de los que no participan. Una de las causas plausibles que podrían explicar esa falta de participación, a pesar de los beneficios potencialmente obtenibles, es el hecho de que la salud, como la enfermedad, suele ser percibida y vivida como un problema estrictamente personal. Dicho en otros términos, las personas perciben individualmente los problemas de salud y, aun cuando se los reconozca como problemas colectivos, no se llegan a identificar como problemas “comunitarios”. Es por esta circunstancia que la iniciativa de los grupos existentes en la comunidad es muy baja, en relación con el grado de iniciativa del equipo de salud. En cualquier caso, parece lógico que haya menos iniciativa por parte de la comunidad que del equipo de salud, ya que si tenemos en cuenta la dependencia existente de los servicios sanitarios, es de prever que sean los profesionales sanitarios quienes “propongan” lo que se ha de hacer. Por otra parte, no debemos olvidar la capacidad que tiene la práctica médica de normalizar conductas por inducción. En ese sentido, tampoco se puede esperar que la gente cambie de repente de actitud hacia su responsabilidad en salud cuando durante años, e incluso

UNA DE LAS CAUSAS PLAUSIBLES QUE PODRÍAN EXPLICAR ESA FALTA DE PARTICIPACIÓN, ES EL HECHO DE QUE LA SALUD, COMO LA ENFERMEDAD, SUELE SER PERCIBIDA Y VIVIDA COMO UN PROBLEMA ESTRICAMENTE PERSONAL

LA ACCIÓN COLECTIVA NO DEPENDE TAN SÓLO DE LOS COSTES Y BENEFICIOS DE CADA INDIVIDUO POR SEPARADO, ANTES BIEN, DEPENDE SOBRE TODO DE LA COOPERACIÓN CON LOS DEMÁS

décadas, se le ha inducido a pensar que su conocimiento no servía y que el cuidado de la salud era responsabilidad de los médicos. Todas estas influencias ideológicas de la práctica médica, que se han ido convirtiendo en caracteres culturales (en el sentido antropológico del término) interiorizándose a lo largo del tiempo, tienen hoy su consecuencia práctica. No tratamos de justificar, sino de explicar para comprender, el porqué de esta circunstancia negativa que podemos atribuir directamente a la comunidad, aunque indirectamente el sistema de salud sea también responsable de la misma. Por otra parte, el hecho de que la “percepción de beneficios individuales” sea insuficiente para explicar la situación analizada desde el punto de vista comunitario evidencia la necesidad de entender que “la acción colectiva no depende tan sólo de los costes y beneficios de cada individuo por separado, antes bien, depende sobre todo de la cooperación con los demás”¹². Cooperación social que, por su parte, se favorece o dificulta con la existencia o no de una “comunidad”, tal como definimos inicialmente.

Factores explicativos de los procesos de participación comunitaria en salud, relacionados con el EAP

1. Las características personales de los profesionales sanitarios, consideradas individual y colectivamente. Dentro de este primer factor explicativo, encontramos algunos aspectos que inciden de manera particular en el éxito de las experiencias de promoción y educación para la salud, son los siguientes¹³:
 - a. Motivación del personal sanitario, que se traduce en:
 - Capacidad de “conectar” con la gente (sensibilidad para percibir y tratar los problemas, comportamientos, actitudes, conflictos y necesidades de la gente; cercanía, simpatía y calidez humana).
 - Utilización individual del liderazgo que pueda ejercerse dentro de la comunidad por parte de los sanitarios (si viven en dicha comunidad y forman parte de ella, como es obvio).
 - Disponibilidad para el trabajo comunitario (sobre todo en cuestiones horarias, ya que hay que tener claro que el trabajo comunitario no puede hacerse por las mañanas en horario oficial, porque la gente a esas horas está trabajando).

- Formación específica del sanitario implicado (la participación comunitaria hay que promoverla y hay que saber cómo hacerlo). No basta la buena voluntad o la declaración de intenciones: los profesionales sanitarios, lamentablemente, no han recibido en su formación de grado los conceptos, la metodología y las técnicas necesarias para intervenir socialmente con la gente de forma colectiva –en grupos y comunidades–. Es preciso que los sanitarios interesados en promover la participación comunitaria en salud tengan destrezas y habilidades en materia de comunicación, trabajo en grupos, metodologías participativas de promoción y educación para la salud, habilidad para motivar, captar y fijar estrategias junto con la comunidad).
- b. Actitudes favorables hacia la participación comunitaria.

El análisis de este factor nos ha permitido constatar la existencia de cuatro tipos de resistencias del equipo de salud hacia la participación de la comunidad en las prácticas sanitarias del APS:

- Asociabilidad en el aprendizaje del ser profesional, que lleva a la no incorporación de la importancia del contexto social a lo que le pasa a la comunidad, y a él con el paciente. “Se aprende a ser médico por ensayo y error, con determinados grupos o sectores sociales, se investiga en poblaciones cautivas”¹⁴. En definitiva, hay una ausencia consciente de una concepción de la propia práctica profesional.
- Ahistoricidad: expresada en la formación “clínica” de médicos, enfermeros y trabajadores sociales. Es secundaria la evaluación del perfil epidemiológico de la comunidad (que en la mayoría de los casos se desconoce) y del país o región, ya que sólo se investiga en los centros de salud del pasado reciente (cuando se investiga, que ha sido sólo en un 36% de los EAP). En ningún caso se ha sabido utilizar la historiografía del perfil epidemiológico, por falta de formación para hacerlo.
- Biologismo: el dominio de la concepción biológica, sobre todo del médico, que lleva inexorablemente a una concepción curativa de la práctica médica-sanitaria. Cuestión que no se ha resuelto con la puesta en marcha de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que “está lejos del interés por la acción colectiva o comunitaria, dirigiéndose preferentemente hacia los aspectos curativos individuales”¹⁵, es decir, la Administración sanitaria tampoco ha facilitado el desarrollo de un modelo diferente al curativo/biologista.

- Asimetría en la relación, tanto en la referida a médico-paciente como a la relación paciente-institución. Dicha asimetría técnica se ha convertido en una simetría social, en la que se niega el saber de la gente por parte del personal médico (considerándolo incorrecto, proveniente de fuentes de poca validez y de una experiencia de automedicación mala), ignorando que ese saber ha sido apropiado muchas veces sintetizadamente de la propia práctica médica¹⁶.

Estas cuatro resistencias que, a mi juicio, impiden el desarrollo amplio y efectivo de los procesos de participación comunitaria en salud, están potenciadas o reducidas, condicionadas o influenciadas en su manifestación por tres factores situacionales:

- La cultura del grupo social a que pertenezca el sanitario en cuestión (su vida cotidiana).
 - La cultura de su grupo profesional (su formación o cultura más o menos médica, clínica o biológica/curativa).
 - La determinación, consciente o no, de la institución en que trabaja (en todos nuestros casos, los centros de salud públicos de la región).
2. *Funcionamiento del EAP*, tanto en su dinámica externa como interna, en relación con la comunidad.

Además de las características personales de los sanitarios que acabamos de señalar, otro factor explicativo del éxito y el fracaso de las experiencias estudiadas que, relacionado con el EAP, hemos identificado, es el relativo al modo en que funciona el equipo, en sus relaciones con la comunidad. Así, los aspectos que pueden estimular o dificultar un proceso de participación comunitaria en salud podemos resumirlos, a modo de esquema, en lo siguiente:

- a. Tipo de EAP, en el que puede resultar más fácil la participación comunitaria en salud, según:
 - Tiempo que lleva en funcionamiento (las experiencias son más prolongadas y positivas al aumentar el tiempo de funcionamiento del EAP).
 - Grado de movilidad/rotación del personal (las experiencias son más prolongadas y positivas cuanto más estable es el equipo).
- b. Modo de trabajo del EAP con la comunidad, esto es: cómo, cuándo y a través de qué mecanismos



↑ Experiencia participativa

se produce la relación entre los sanitarios y su comunidad, según:

- Tipo de relaciones con la comunidad (las relaciones entre los equipos de salud y la comunidad, por lo general, son poco estables y se efectúan mediante canales y formas poco “genuinas”, ya que principalmente se emplea el contacto individual, dentro de la consulta y dentro del centro de salud. En la totalidad de las experiencias de mayor éxito, las relaciones entre los profesionales sanitarios involucrados y las personas no han sido dicotómicas-jerarquizadas, como suele ser en la consulta médica, sino de carácter más igualitario. Ello ha desempeñado una función importante a la hora de contribuir a la desmedicalización de la salud, y a aumentar el nivel de conciencia de la gente sobre su propio protagonismo en la salud, entendida, además, en su acepción más integral).
- Tiempo dedicado al trabajo comunitario y, consecuentemente, el número de contactos con grupos comunitarios. (Es muy escaso el tiempo de trabajo dedicado a la comunidad, así como la dedicación marginal de sólo algunos profesionales del equipo.)
- Número de contactos con grupos (aumenta y disminuye de manera directa a la valoración de las experiencias, a modo de mecanismo de retroalimentación).
- Mecanismos de participación utilizados (cuando se han creado mecanismos de participación innovadores, el resultado, la eficacia y la valoración de las experiencias ha sido notablemente mejor que cuando se han empleado mecanismos que podríamos llamar tradicionales).
- Métodos de intervención empleados (el trabajo grupal, el uso de una pedagogía inductiva y el empleo de

EN LA TOTALIDAD DE LAS EXPERIENCIAS DE MAYOR ÉXITO, LAS RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS INVOLUCRADOS Y LAS PERSONAS NO HAN SIDO DICOTÓMICAS-JERARQUIZADAS

técnicas participativas ha favorecido los procesos de participación comunitaria en salud).

En el estudio se han identificado las siguientes orientaciones y estrategias positivas de intervención comunitaria por parte de los EAP:

- Implicación de todos los profesionales del equipo de salud; a mayor implicación, mayor efectividad y eficacia de las acciones emprendidas.
- Ir hacia donde está la gente; para ello, hay que acudir a los sitios adecuados según el tipo de personas a las que se quiera captar; no esperar que la población acuda al centro de salud, sino ir adonde están (escuela, hogar de jubilados, etc.); no esperar que la gente demande, sino ir en su búsqueda y ofrecer el servicio.
- Utilizar los medios de comunicación locales para motivar a las personas: radio, prensa y televisión local donde las haya, hacer carteles y pegarlos en las carnicerías, panaderías, etc. buscando los sitios claves a los que la gente acude.
- Contactar con los líderes, políticos y naturales de la comunidad, a fin de asegurar una mayor implicación de los grupos que reciben su influencia.
- En los casos en que sea posible, iniciar el trabajo con un estudio individualizado de cada persona, empleando la historia clínica, los informes sociales, etc.
- Lograr que la priorización de problemas la realicen los mismos ciudadanos participantes, como medio de lograr una mayor implicación en las soluciones y potenciar el poder de la comunidad.
- No dar mensajes en negativo, que son rechazados por la población; trabajar en positivo haciendo ver que “nadie ha nacido sabio”, como modo de transformación del nivel de conciencia de los ciudadanos.
- Estimular el reparto de tareas y responsabilidades (en los casos de los consejos de salud), entre los sanitarios y los no sanitarios, sin distinción.
- Dinamizar las reuniones de trabajo (sobre todo en el caso de los consejos de salud), empleando métodos en que es posible que todos participen: asignando tiempos a diferentes fases o momentos de la reunión, empleando el método analítico

co de reuniones de trabajo, y otras técnicas de parecida índole.

Todas las observaciones que acabamos de señalar nos llevan a considerar como aspectos fundamentales de la participación comunitaria, en lo que a metodología se refiere, que, para lograr el éxito en las experiencias emprendidas (independientemente de su naturaleza y especificidad) es necesario que el EAP tenga en cuenta que:

- La participación comunitaria es algo que se va dando a lo largo de un proceso, y en términos de proceso hay que plantear las estrategias y acciones para lograrla.
- El trabajo en los consejos de salud, para que metodológicamente sea positivo, debe ir precedido de un trabajo comunitario de base por parte del equipo de salud, de sensibilización de la comunidad en problemas concretos de salud. Intentando no empezar la “casa por el tejado”, que es una forma de que los consejos terminen siendo un apéndice del centro de salud, que cuando funciona es porque lo dirigen los sanitarios.
- Los métodos informativos e individuales de educación para la salud no son eficaces para fomentar la participación de la comunidad; éstos deben basarse en la participación y, a su vez, utilizarla para resolver problemas concretos que forman parte de los intereses y preocupaciones de la gente.

Para lograr esto, es necesario comprender que la educación para la salud no son nuevos conocimientos que se imparten, sino metodología; no es educación de la población, es educación con la población, y que es un proceso de crecimiento, de cambio y de maduración de las personas hacia relaciones interpersonales nuevas y más provechosas. Lo más importante no es lo que se hace, sino cómo se hace. Lo fundamental no son los contenidos que se ofrecen, sino el utilizar una metodología para que la gente aprenda a aprender.

■ **Factores causales relacionados con la Administración sanitaria**

Se resumen en la existencia de una mayor o menor voluntad política por promover la participación ciudadana en los asuntos públicos que afectan a la gente, lo que contribuye, así mismo, al éxito o al fracaso de las medidas y estrategias adoptadas. En España en general, y en Castilla-La Mancha en particular, esta voluntad política es muy escasa en la práctica, a pesar de los discursos, lo que se consta-

HAY QUE ACUDIR A LOS SITIOS ADECUADOS SEGÚN EL TIPO DE PERSONAS A LAS QUE SE QUIERA CAPTAR; NO ESPERAR QUE LA POBLACIÓN ACUDA AL CENTRO DE SALUD

ta en hechos como: la existencia de una cierta “obsesión” por los consejos de salud como forma casi exclusiva de participación, funcionamiento bajo un modelo tutelar y burocrático de dichos consejos, existencia de poco poder real en quienes participan en ellos, imposición de modelos de participación que no tienen en cuenta la realidad, desconocimiento por parte de la Administración de las actuaciones previas y sus resultados en muchas zonas, existencia de temores y resistencias nunca explícitas ante posibles efectos no controlados de la participación, etc.

Como pequeña muestra de estas afirmaciones podemos citar el ejemplo de Albacete, cuyo modelo de “foros participativos” quiere trasladar la consejería de sanidad al sistema de salud regional, como si eso fuese “el no va más”. Debo afirmar que la supuesta gestión y modelo participativo de Albacete no tiene nada que ver con el modelo de Porto Alegre, en el que dice estar inspirado. Más bien se trata de un claro ejemplo de seudoparticipación y manipulación encubierta para, bajo la apariencia de una gestión participativa, seguir imponiendo los criterios políticos y tecnoburocráticos que interesan a quienes detentan el poder (municipal en este caso). Si se copia este tipo de gestión, mal llamada *participativa*, volveremos a encontrarnos con mecanismos que fracasan porque, en el fondo, no se cree ni se está dispuesto a asumir realmente, desde la Administración, la participación activa (y por ello muchas veces crítica) de la comunidad.

■ Factores contextuales

Aunque no han sido objeto específico de estudio, permiten abordar la problemática de la participación ciudadana en salud desde una perspectiva o enfoque ecológico. Es necesario plantear qué circunstancias o hechos que se visualizan en nuestra sociedad en su conjunto pueden tener alguna incidencia en los procesos de participación comunitaria en APS.

Como cuestión más amplia y global, tenemos que considerar que la situación política, económica y social tiende a defender soluciones individualistas frente a las colectivas. Esta circunstancia se acentúa aún más cuando se plantea el tema de la participación comunitaria en la toma de decisiones, que es una cuestión de control y poder, siempre generadora de conflictos entre los diversos actores sociales implicados.

Por otra parte, en nuestro sistema político, existe una escasa legitimación de formas de democracia directa, lo que unido a lo que podríamos denomi-

nar cultura de la delegación de responsabilidades por parte de la población, así como a la dependencia de los servicios sanitarios, dificulta una participación igualitaria entre sectores cuando se establecen mecanismos intersectoriales desde el punto de vista social.

En otro orden de cosas, también podemos constatar cómo en la sociedad española, no ha llegado a cuajar el asociacionismo autónomo en la misma medida que en otros países democráticos de nuestro entorno. En nuestro país, ha crecido mucho el asociacionismo clientelar, que se expresa en una gran cantidad de ONG, que son más organizaciones neogubernamentales que otra cosa, ya que surgen y/o son cautivas de las subvenciones, transformándose en agencias encubiertas que implementan cierto tipo de políticas públicas. Esta circunstancia aparece ligada a dos fenómenos que se ponen de manifiesto en los casos estudiados:

1. En muchos casos puede cuestionarse la validez de los representantes de la comunidad, debido a la escasa vertebración del tejido social, así como a la también escasa relación que se constata entre esos representantes y la mayoría de los miembros de las organizaciones que representan.
2. En otros casos, los representantes son una especie de “especialistas en canales de participación”, es decir, algunas personas que participan en cuanto comité o asociación se constituya, que son activistas motivados en muchos casos, pero que... son siempre los mismos, dificultando en ocasiones que esa participación se haga extensiva paulatinamente a otras personas.

Por último, algunas asociaciones no son genuinas (sólo son tales en el aspecto jurídico-administrativo), sino que funcionan más como “empresas encubiertas de bajo costo” que se financian a través de subvenciones públicas.

En definitiva, se pueden detectar influencias culturales y estructurales que inciden y condicionan la participación de la comunidad en el sector salud:

- a. Diferencias estructurales generadas por las perspectivas y percepciones de la participación comunitaria en los programas y servicios de salud.
- b. Limitaciones estructurales en los sistemas de soporte necesarios para generar y sostener la participación comunitaria.

PODEMOS CONSTATAR
CÓMO EN LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA, NO HA LLEGADO
A CUAJAR EL ASOCIACIONISMO
AUTÓNOMO EN LA MISMA
MEDIDA QUE EN OTROS PAÍSES
DEMOCRÁTICOS DE NUESTRO
ENTORNO



↑ Experiencia participativa en el contexto escolar

- c. La cultura de la profesionalización y burocratización, marginalidad, monetarismo e individualismo.
- d. Factores culturales y estructurales de marginación, poder, organizaciones pobres para la acción de confrontación y movilización; ambiente político; y estratificación social, que afectan a la participación y a las organizaciones comunitarias.
- e. La crisis económica y financiera resultante de la reestructuración económica y el acompañamiento de valores de competición y logros individuales.

Por nuestra parte, queremos recalcar la idea de que, en la actualidad existen ciertas medidas y tendencias para el desarrollo de la participación comunitaria en salud, como son, por ejemplo, la legislación sobre derechos del usuario, ciertos programas de salud con un enfoque global, movimientos de defensa del consumidor, etc. Pero también existen no pocos impedimentos para su aplicación en la práctica, como: la arraigada dominancia médica, la cultura burocrática existente en los servicios de salud y de otros sectores, paradigmas profesionales inhibitorios de la participación, o la unión del corporativismo médico-sanitario a intereses elitistas (cuando ello se produce). El equilibrio entre ambas tendencias depende de cómo se compartan conocimientos, habilidades, acceso a la información y poder de decisión.

Factores explicativos de la participación comunitaria en salud

Factores de origen comunitario:

1. La existencia de una comunidad tal como la definimos anteriormente (incluyendo la existencia de liderazgo en el seno de la misma, así como la presencia de sistemas de apoyo mutuo.

2. La percepción de beneficios individuales (obtenidos como fruto de la participación) en las personas que participan, tales como: mejora de la autoestima personal de los participantes, sentirse “escuchado” por el personal sanitario y sentirse valorado como persona capaz de aportar algo.

Factores relacionados con el equipo de Atención Primaria:

1. Las características personales de los profesionales sanitarios, consideradas individual y colectivamente:
 - ↗ Motivación del personal sanitario, que se traduce en:
 - Capacidad de “conectar” con la gente.
 - Utilización individual del liderazgo.
 - Disponibilidad para el trabajo comunitario.
 - Formación específica del sanitario implicado.
 - ↗ Actitudes favorables hacia la participación comunitaria. El análisis de este factor constata la existencia de cuatro tipos de resistencias del EAP hacia la participación de la comunidad en las prácticas sanitarias de APS:
 - Asociabilidad en el aprendizaje del ser profesional.
 - Ahistoricidad: expresada en la formación “clínica” de médicos, enfermeros y trabajadores sociales.
 - Biologismo: el dominio de la concepción biológica, sobre todo del médico, que lleva inexorablemente a una concepción curativa de la práctica médica-sanitaria.
 - Asimetría en la relación, tanto en la referida a médico-paciente, como a la relación paciente-institución.
2. **Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria**, tanto en su dinámica externa como interna, en relación con la comunidad. Los aspectos que pueden estimular o dificultar un proceso de participación comunitaria en salud son:
 - ↗ Tipo de Equipo de Atención Primaria, en que puede resultar más fácil la participación comunitaria en salud, según:
 - Tiempo que lleva en funcionamiento.
 - Grado de movilidad/rotación del personal.
 - ↗ Modo de trabajo del EAP con la comunidad, esto es: cómo, cuándo y a través de qué mecanismos se produce la relación entre los sanitarios y su comunidad, según:
 - Tipo de relaciones con la comunidad.
 - Tiempo dedicado al trabajo comunitario y número de contactos con grupos comunitarios.

EN LA ACTUALIDAD EXISTEN CIERTAS MEDIDAS Y TENDENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

- número de contactos con grupos
- mecanismos de participación utilizados
- métodos de intervención empleados

Factores casuales relacionados con la Administración sanitaria:

Se resumen en la existencia de una mayor o menor voluntad política por promover la participación ciudadana en los asuntos públicos que afectan a la gente, lo que contribuye asimismo al éxito o al fracaso de las medidas y estrategias adoptadas.

Factores contextuales:

- La situación política, económica y social, tiende a defender soluciones individualistas frente a las colectivas.
- En nuestro sistema político, existe una escasa legitimación de formas de democracia directa,
- En la sociedad española, no ha llegado a cuajar el asociacionismo autónomo en la misma medida que en otros países democráticos de nuestro entorno. En nuestro país ha crecido mucho el asociacionismo clientelar.

Esta circunstancia aparece ligada a tres fenómenos que se ponen de manifiesto en los casos estudiados:

- En muchos casos puede cuestionarse la validez de los representantes de la comunidad.
- En otros casos, los representantes son una especie de “especialistas en canales de participación”.
- Algunas asociaciones no son genuinas.

A modo de síntesis preliminar

Podemos explicar, de un modo general, el comportamiento de la comunidad, el equipo de salud y la administración sanitaria, en tanto que actores sociales, a partir de la “lógica de la acción colectiva”. Según esta teoría, el hecho de que el compromiso y participación de la gente sea mayor en el seno de grupos pequeños con un fuerte componente de autoayuda, se fundamenta en la “dificultad de pasar mecánicamente de los intereses individuales a la acción colectiva”, ya que “cuanto mayor sea el grupo, menor será el incentivo individual para perseguir el fin colectivo”¹⁷. La explicación de esta tesis

es la siguiente: a) cuanto mayor es el grupo, menor resulta el beneficio individual neto que se obtiene del bien colectivo; b) cuanto mayor es el grupo, menos posibilidades tiene de ser privilegiado; c) cuanto mayor es el grupo, mayores son los costes de organización, no pudiendo impedir la aparición de “gorrones” (*free-rider*).

Ahora bien, el problema de la cooperación y la acción colectiva tiene, ante todo, un carácter dinámico y estratégico. La teoría de los juegos ha constituido, sin duda, un importante impulso para la comprensión de este aspecto. El “dilema del prisionero”¹⁸ ilustra adecuadamente las complejidades reales de la acción colectiva y la participación para obtener ciertos logros: en primer lugar, son acciones que se prolongan durante el tiempo (la repetición del dilema puede hacer surgir/aprender la colaboración); en segundo lugar, la participación del individuo depende, en gran medida, de lo que hagan los demás¹⁹. Dicho en otras palabras, la participación no depende tan sólo de los costes y beneficios que ella supone para cada individuo, sino también de la cooperación de los demás que, en el caso de algunas experiencias estudiadas, está condicionada por los factores siguientes:

1. Exógenos. Esto es, factores contextuales que condicionan los motivos de la cooperación y que, en nuestro medio, son: el liderazgo ejercido dentro del grupo (ya sea de autoayuda o en el equipo de salud), y el grado de “apoyo social” alcanzado con la acción participativa; lo que deriva directamente en el tipo y magnitud de los resultados obtenidos con la cooperación, y por ende, relacionado con los beneficios individuales percibidos.
2. Endógenos. Es decir, las motivaciones individuales existentes para la participación (ya sea basadas en el “principio terapéutico del ayudador” o en actitudes favorables a la participación comunitaria en salud por parte de los profesionales sanitarios) y que podrían oscilar desde un egoísmo estricto hasta el altruismo más radical.

Por último, queremos señalar el interés que puede tener en estos razonamientos explicativos de la participación comunitaria el concepto de *empowerment*²⁰, como constructo de carácter práctico que podría servir de encuadre y referencia a la intervención y participación comunitaria en salud. Este concepto tiene una importancia central como calidad fundamental de la relación interactiva entre el individuo y su entorno comunitario. Se trata del proceso o mecanismo a través del cual las perso-

nas, organizaciones o comunidades adquieren control o dominio sobre asuntos de interés que les son propios. Nos referimos, por lo tanto, al proceso de adquisición de esa habilidad o la capacidad de dominio y control. Ésta se requiere a dos niveles: individual (capacidad de autodeterminación personal) y social (capacidad de participación y determinación social a través de estructuras sociales intermedias).

De acuerdo con estos planteamientos, el desarrollo de este proceso implicaría, en el terreno práctico de la acción política, y como mínimo, potenciar, apoyar y fomentar esas estructuras; tratando de avanzar hacia una posición de desarrollo de la acción política a través de ellas. Esto, sin duda, choca frontalmente con las concepciones y el ejercicio del poder político en la actualidad.

Sin embargo, toda acción que trate de impulsar la participación comunitaria debe hacerse comprendiendo que, ante todo, no puede haber participación sin transferencia, traspaso o dotación de poder a las personas que se quiere hacer participar. En caso contrario, se trataría de un “encubrimiento” bajo discurso participativo, de políticas y prácticas de ejercicio autoritario del poder (ya sea en sus formas más abiertas o más manipuladoras).

En este sentido, las palabras de Madan son absolutamente certeras: “Las evidencias con que contamos sugieren que la participación de la comunidad puede ser desvalorizada fácilmente y empleada para describir de modo eufemístico la manipulación de la gente por parte de políticos, burócratas y tecnócratas para conseguir propósitos que ellos creen buenos para el bien de la gente —y que pueden serlo—, pero que son concebidos por aquellos otros de un modo que infravalora o ridiculiza a la gente. La participación de la comunidad se convierte así en parte de la retórica social, como un cliché. Del mismo modo, es peligroso tener ideas románticas sobre la gente —particularmente los más necesitados— y tener expectativas de lo que pueden hacer para y por ellos mismos, sin ser realista; esto sólo contribuye a dar forma a una actitud cínica sobre la contribución de la gente a su propio bienestar. Como en la mayoría de los casos, parece ser la posición intermedia la mejor. La participación de la comunidad no sustituye la acción gubernamental, y no se debería esperar que la gente de la calle lleve a cabo aquellas tareas que requieren conocimiento especializado y entrenamiento bastante avanzado. Pero para provocar mejoras apreciables en la salud pública, la gente no debe ser ignorada, no sólo porque pueden hacer cosas tan bien como cualquier otro, o incluso mejor, sino

también porque su participación en muchas situaciones es un prerrequisito para el éxito de las acciones iniciadas por otros. La participación de la comunidad en este sentido de cooperación e incremento es una idea más positiva que la de proporcionar un control de los excesos o ineficiencia de los administradores sanitarios. Y es desde este punto de vista, positivo pero realista, desde el que se debe definir el alcance adecuado de la participación de la comunidad”²¹.

Recapitulación final

Con este estudio he pretendido dar cuenta de las posibilidades reales, en nuestro medio social, del desarrollo pleno del derecho que todo ciudadano tiene a participar en la toma de decisiones que le afectan, empezando por su propia salud.

Hemos podido comprobar que no basta con disponer de mecanismos y ámbitos institucionalizados para la participación, aunque sin ellos tampoco se puede pensar en su consolidación. Así mismo, hemos visto cómo puede ser posible llevar a cabo experiencias participativas exitosas, que no constituyen hechos aislados, sino “casos replicables” en contextos similares. Una compleja red de factores causales múltiples explica estas circunstancias que, sólo aparentemente, pueden parecer contradictorias.

Es preciso situarse en un contexto sociopolítico que permita ciertos márgenes de participación democrática, y en un sistema de salud que crea realmente en la necesidad de contar con los propios ciudadanos para su adecuada gestión. Pero ello sólo no basta. De nada —o de muy poco— sirve modificar ciertas estructuras administrativas, si no se intentan modificar, paralelamente, las actitudes de quienes tienen que impulsar los cambios (sanitarios y comunidad). Y todo ello también sería insuficiente si las personas no fueran capaces de percibir que con su participación activa puede mejorar su calidad de vida.

El problema es tan complejo como la solución. Actualmente, las tendencias que se están perfilando en el campo de la sanidad pública en España, lejos de contribuir a mejorar el ejercicio del derecho a la participación ciudadana, parecen más bien reducir la presencia del ciudadano a la de un consumidor individual de servicios sanitarios, al más puro estilo médico-tradicional. Sin embargo, en algunas de las medidas que actualmente se aplican, cabría la posibilidad de plantearse una profundización de la democracia: otorgarle competencias en materia de control de la gestión de

TODA ACCIÓN QUE TRATE DE IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DEBE HACERSE COMPRENDIENDO QUE, ANTE TODO, NO PUEDE HABER PARTICIPACIÓN SIN TRANSFERENCIA

los “contratos-programa” a nuevos consejos de salud, de tipo institucional; desarrollar en la “cartera de servicios” acciones que impliquen apostar por la promoción de salud; potenciar la formación profesional sanitaria en aspectos relativos a la educación para la salud y la acción comunitaria, son algunas de las posibilidades reales que el actual sistema presenta. De la voluntad política de los gestores sanitarios y los ciudadanos dependerá que puedan llevarse a cabo, ya que las posibilidades prácticas de realización son factibles en nuestro medio, como el estudio evaluativo ha demostrado.

Notas y referencias

1. He realizado un análisis detallado de esta evolución en Aguilar, M^a J. Aproximación histórica al desarrollo comunitario en España, en Guillén, E. (comp.) Sobre problemas y respuestas sociales, Barcelona: Hacer, 2005.
2. Aguilar M^aJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?, Madrid: Díaz de Santos, 2001.
3. Ídem.
4. Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud en el Estado español. Comunidad, 8, 62-72.
5. Nuestro estudio se ha realizado exclusivamente en Castilla-La Mancha, abarcando todos los Consejos de Salud.
6. Estas eran las Zonas de Salud que constituían el mapa sanitario de la región en 1991, y que ahora ha sufrido algunas modificaciones al aumentar el número de zonas.
7. Cfr. McElmurry, BJ et. al. Leadership for primary health care, N-Hc-Perspect-Community 1995; 16(4):229-33.
8. Barriga S. Psicología del grupo y cambio social. Barcelona: Hora, 1982.
9. Riessman, F. The 'helper' therapy principle, Social Work, 1965; 10:27-32.
10. Aguilar, F. Lógica de la cooperación. Zona Abierta 1990; 54/55:7-41.
11. Granovetter M. Modelos de umbral de conducta colectiva. Zona Abierta 1990; 54/55:137-66.
12. Aguilar, Op. Cit
13. Con posterioridad a esta investigación, se realizó otra de tipo cualitativo psicosocial, orientada a profundizar y analizar más detalladamente este aspecto, discriminando incluso entre profesiones sanitarias, las motivaciones, actitudes, expectativas y resistencias del personal de APS hacia la participación comunitaria y la promoción de salud. Para no desequilibrar excesivamente este artículo, no incluyo aquí este análisis, que puede consultarse en: Aguilar M^a.J. y Ander-Egg J. Motivaciones, actitudes, resistencias y expectativas del personal de APS hacia la promoción de salud y la participación comunitaria. Centro de Salud 1995;3(1):29-36.
14. Menéndez EL. Mortalidad y crisis. México: Nueva Imagen-Alianza, 1990.
15. Turabián JL. Participación comunitaria y salud: manteniendo el sentido de la proporción. Atención Primaria 1993;11(1):48-51.
16. Menéndez, E. L. Op. cit.
17. Aguilar, F. Op. cit.
18. En términos similares y complementarios, en base a la teoría de los juegos se pueden resolver los problemas de la cooperación: para algunos, la cuestión se resuelve con la reiteración de las interacciones entre los sujetos (el dilema del prisionero como un juego iterativo de n personas) y para otros, por medio de una estrategia de “toma y daca” (cooperar primero y luego decidir en función de lo que hagan los demás). Posteriormente se han elaborado otros trabajos de mayor complejidad que intentan explicar la cooperación cuando son más de dos personas, o más de un individuo y un grupo los que participan.
19. Según la teoría de la elección racional, en el problema de cómo se gestan soluciones cooperativas a los problemas colectivos, también tienen importancia las identidades comunitarias y redes solidarias previas, establecidas en una dimensión estrictamente social, como recursos movilizables a favor de la acción colectiva ubicada en una dimensión pública, además del tamaño de los grupos, como ya he advertido.
20. El término no tiene una traducción al castellano comúnmente aceptada por la comunidad científica. Puede traducirse como “fortalecimiento o potenciación para el ejercicio efectivo y pleno de la ciudadanía”. Se habla también de autosostenibilidad y ciudadanía, como conceptos que refuerzan la idea de potenciación o fortalecimiento. De lo que se trata es de asegurar el poder necesario para que los ciudadanos puedan conocer, elegir, decidir y actuar.
21. Madan TN. Community involvement in the health policy; socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. Social Science & Medicine 1987;25(6):615-20.