

FORMACIÓN

La participación comunitaria en salud

[Ver en PDF](#)

Actividad acreditada con 1,2 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. El plazo para obtener el certificado acreditativo está cerrado.

En estos momentos el plazo está cerrado. Puedes hacer el test como autoevaluación y puedes ver las respuestas correctas [aquí](#).

Para consultar dudas contactar con pacap@samfyc.es



Patricia Escartín Lasierra. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) Aragón y Grupo de Formación PACAP. Zaragoza

Vicky López Ruiz. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo PACAP Andalucía y Grupo de Formación. PACAP. Córdoba

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Soldevilla. Responsable del PACAP de Madrid y del Grupo de Formadores en Promoción de Salud (PS) y Educación para la Salud (EpS) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid

Para contactar

Patricia Escartín Lasierra: l4p4t1@gmail.com

ESQUEMA DEL MÓDULO:

- Conceptos básicos: qué entendemos por participación y el papel del ciudadano en temas de salud.
- Contexto y devenir histórico de la participación comunitaria (PC).
- Objetivos de la participación comunitaria en salud (PCS).
- Características de la participación y criterios de evaluación.
- Qué marco legal existe en nuestro ordenamiento.
- Qué experiencias hay y con qué instrumentos contamos para promover la PCS.
- Qué podemos hacer para promover la PC en los centros de salud.
- Cuestiones para el debate.
- Bibliografía.

Concepto de participación comunitaria

El concepto de participación comunitaria en salud (PCS) no es en absoluto un concepto nuevo ni atribuible exclusivamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Históricamente, el interés, la motivación y el abordaje de la problemática de la salud, de la enfermedad y de la vida por los individuos, las familias y los grupos sociales son anteriores a la existencia de un sistema sanitario determinado por el desarrollo científico-técnico y el proceso de internacionalización e institucionalización de la PCS.

El concepto es flexible, se formula de forma ambigua e imprecisa, en tanto que designa un conjunto muy diferenciado de fenómenos sociales susceptibles de distintas interpretaciones y connotaciones que hacen difícil y complejo su análisis y ello ha sido planteado como uno de sus problemas. Existen aportaciones significativas de autores como Juan Irigoyen¹; Andreu Segura²; Ramos, Sánchez y Marset³; M^a José Aguilar⁴; Vuori⁵ y Turabian⁶ que plantean encuadres sin duda de valor.

En la **tabla 1** se recogen las definiciones, que no son las únicas existentes. El criterio de análisis para diferenciar PCS, intervención comunitaria y acción social en salud radica en quién tiene el protagonismo en salud, como bien señala Irigoyen⁷. Es importante medir el protagonismo de los diferentes agentes –sistema social y servicios sanitarios– en el cuidado y reproducción de la vida. Entre ambos se produce un equilibrio dinámico de relaciones que interactúan entre sí y que van desde la absoluta hegemonía social hasta la hegemonía de los servicios.

Tabla 1. Conceptos sobre participación comunitaria en salud

Participar: tomar parte en algo con poder para influir en la toma decisiones

Comunidad: «Una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables 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 (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo»

M^a José Aguilar Idáñez

Participación comunitaria (PC): «Es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo»

Naciones Unidas, 1981

Participación comunitaria en salud (PCS): «El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo»

Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978

Actividad o intervención comunitaria en salud: «Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que está dirigida a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades»

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. PACAP

Acción social en salud: «Acciones relacionadas con el sector salud de múltiples actores, desde organizaciones formales a toda la gama de asociaciones y grupos con un grado variable de formalización y continuidad y a los individuos. Se genera en el exterior del sistema sanitario, es de hegemonía social y se traduce en necesidades que no siempre se hacen explícitas o se resuelven autónomamente. En su más alta expresión es capaz de transformar la organización social y la organización de los servicios»

Juan Irigoyen

Órganos de participación: «Incluye todas las interacciones que tienen lugar en los mecanismos formalizados del sistema sanitario para su gestión como consejos de salud, comisiones de participación, comités de dirección, comisiones de coordinación intersectorial, reclamaciones, etc. Aquí se incluyen una trama de instrumentos muy diversos en los que se deben contemplar la capacidad de control y la toma de decisiones que tienen y mejorar su identificación y valoración. En su forma más madura daría lugar a una coordinación –de alguna forma supeditada– de los servicios sanitarios con la acción social»

Juan Irigoyen

Empoderar (empowerment): «Acción de facilitar que los pacientes ejerzan su poder. Empoderar supone capacitar para permitir tomar decisiones más autónomas, más saludables y también más responsables. Tiene un sentido de “fuerza interior”, “poder para decidir”, de capacidad para tomar decisiones sobre uno mismo». El empoderamiento comunitario se entiende como la simple participación de los ciudadanos en las grandes decisiones sanitarias, en los instrumentos establecidos para ello. Pero implica más cosas como la participación en la promoción, mejora o creación de los servicios destinados a mantener y mejorar su propia salud y también para conseguir mayores grados de eficiencia en el sistema. Concepto novedoso y puesto en escena en la estrategia de PS, ligado a la educación y alfabetización en salud.

Podemos establecer varias dimensiones de la PCS o ámbitos que debemos tener en cuenta:

- **Ciudadano individual como agente activo de su propia salud.** Cambio del concepto de paciente pasivo receptor de cuidados por el de paciente activo con autonomía, responsable de su autocuidado y del uso de los servicios y con un papel también activo en la relación ciudadano-profesional y con el sistema sanitario como organización. Supone el reconocimiento de derechos y deberes individuales.
- **Dimensión política: derecho democrático y papel del paciente en la toma de decisiones en el sector salud,** compartiendo poder con los profesionales sanitarios y la administración sanitaria. Esta dimensión se puede analizar en el ámbito individual, pero también en uno más colectivo y comunitario.
- **Dimensión de la salud comunitaria (agentes de salud en la comunidad)** al abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales de la salud, canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientes y contextos, y participando en organizaciones ciudadanas, de defensa del usuario y del paciente, y también en organizaciones sindicales que tienen incidencia en el sector.

La dimensión individual es la que más atractivo y apoyo tiene, aunque está condicionada a utilidades ideológicas e instrumentales de los agentes implicados. La dimensión de salud comunitaria está poco desarrollada conceptualmente y se halla limitada a la práctica institucional, mientras que la dimensión política está restringida al reconocimiento del derecho, pero existe una escasa voluntad de compartir y redistribuir el poder.

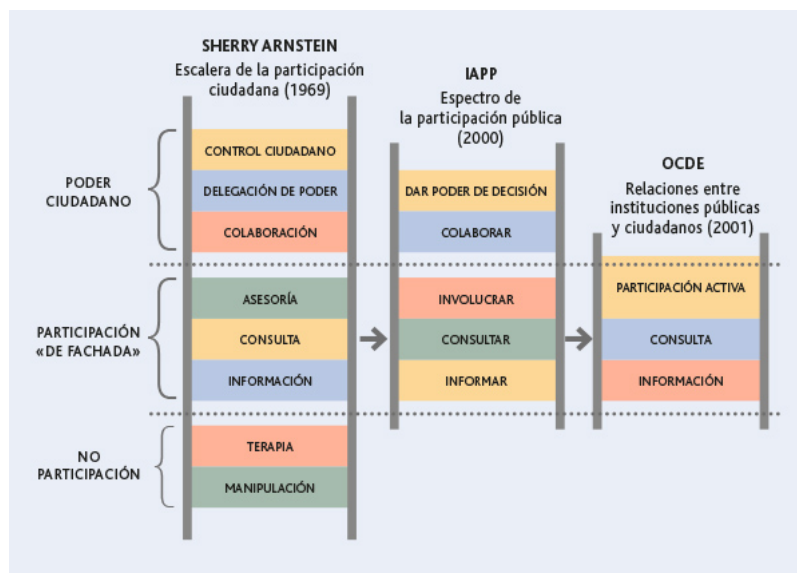
Contexto y encuadre histórico

La PCS no ha sido una prioridad política, profesional, organizativa y operativa del Sistema Sanitario Español; ha tenido un desarrollo heterogéneo con distintas fases y ha estado sujeta, como no podía ser de otra forma, a los procesos dominantes, valores hegemónicos y a las transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales vividas en este período.

Para identificar la situación de «lo comunitario», Domínguez y Ruiz-Giménez⁸, aportan un análisis DAFO sobre cuáles son las amenazas y oportunidades del entorno y cuáles las fortalezas y debilidades de nuestra organización para desarrollar este enfoque.

La participación no es un elemento que pueda aislarse de la realidad que la circunda: obedece a una época y a un momento histórico determinado. Las primeras propuestas salubristas que comenzaban a hablar de la participación y la acción social como ejes vertebradores de la Atención Primaria reflejadas en la Declaración de Alma Ata⁹ fueron hechas en la década de 1970. Estas cambiaban la mirada desde lo puramente epidemiológico y biomédico a lo social y lo político, y son el reflejo de las luchas propias de aquel momento en que los movimientos por los derechos civiles, el comienzo del movimiento feminista, los movimientos descolonizadores, etc., llenaban las calles.

Figura 1. Escalera de Arnstein



IAPP: Asociación Internacional por la Participación Pública ; OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

Fuente: Prieto-Martín P. Las alas de Leo: la participación ciudadana del siglo XX. Bubok: Panajachel; 2010.

En 1969 Arnstein lanzaba su famosa escalera de la participación (figura 1), donde caracterizaba los diferentes tipos de participación según el poder que fuese otorgado a la ciudadanía. De esta manera, dividía la escalera en tres partes: una primera parte que catalogaba como «falsa participación», formada por los peldaños de «manipulación» y «terapia»; una segunda denominada «participación de fachada», formada por los peldaños de «información», «consulta» y «asesoría»; y por último la parte que denominaba como «participación real» que se componía de «colaboración», «delegación de poder» y «control ciudadano». Esta escalera, que Arnstein definía como denuncia de la utilización del término asumiendo la simplificación del modelo, ha sido usada hasta la actualidad para explicar las diferentes acepciones que puede tener la palabra «participación».

Sin embargo, poco después de Alma Ata, la promoción de la Atención Primaria de Salud Selectiva (APSS), iniciada por la Fundación Rockefeller, marcó el comienzo de una época en la que la participación entendida como el protagonismo de las personas en su propio desarrollo sería cada vez más secundaria para dejar paso a la participación como herramienta neutralizadora de las posibles respuestas de resistencia popular y las reformas que se imponían en países en vías de desarrollo¹⁰.

Mientras tanto, en Occidente, en los años ochenta del pasado siglo, la revolución tecnológica dio lugar a una desindustrialización y a una crisis social y cultural importante. Esto generó la aparición de una sociedad fragmentada con múltiples ejes de desigualdades sociales. En esos años la sociedad del bienestar se diluye, dejando paso a la nueva gestión pública. Esta nueva gestión pública se traduce en los sistemas sanitarios como la aparición del gerencialismo, que concibe el sistema sanitario como proveedor de servicios, por lo que las propuestas salubristas de la década de 1970 se ven contrarrestadas por una tecnificación de la medicina y una supremacía de la prestación sanitaria frente a la promoción de la salud o la participación.

En los años noventa, la caída del muro de Berlín y la desaparición de la Unión Soviética marcaron el pistoletazo de salida definitivo a la globalización y a la supremacía de los mercados frente a los estados. Esto desbancó a la OMS de su papel y dio al Banco Mundial el protagonismo en la formulación de políticas de salud. Los sistemas sanitarios se tecnificaron cada vez más y la concepción de los usuarios como clientes y no como pacientes se fue abriendo paso.

La escalera de Arnstein va perdiendo peldaños, invisibilizando la denuncia previa. La Asociación Internacional por la Participación Pública en el 2000 elimina el peldaño de control ciudadano por considerarlo incompatible con un Estado y los peldaños de la falsa participación. Por su parte, el modelo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2001 (v. figura 1) tan solo conserva la parte de la escalera que Arnstein llamó «participación de fachada».

Sin embargo, se abre paso un nuevo ciclo de movilización social protagonizado por los movimientos antiglobalización y los llamados «nuevos movimientos sociales». Se abren nuevos espacios de participación que nacen de las resistencias y de la separación cada vez más evidente entre ciudadanía e instituciones. Con ellos, a partir del año 2000 la mirada de la salud desde lo social comienza a tomar fuerza de nuevo. Desde los organismos internacionales como la OMS se configuran estrategias de reducción de desigualdades sociales en salud como «Salud para todos 2000», estrategias para alcanzar una salud global que contempla en su esqueleto la participación en salud como eje vertebrador. A pesar de esto, se hace difícil articular la participación desde los territorios con sistemas sanitarios tecnificados y con instituciones verticales que reproducen una sociedad medicalizada que convierte los problemas sociales en enfermedades, dirimiéndose así entre dos polos opuestos: el gerencialismo y la nueva salud pública.

Objetivos de la participación comunitaria en salud

La PCS se justifica, por un lado, como una necesidad técnica para mejorar la resolución de los problemas de salud multifactoriales en una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad, y, por otro, como un derecho democrático en el que la ciudadanía, a nivel individual y colectivo, debe adquirir un papel de sujeto activo, autónomo y responsable en temas de salud y de los servicios sanitarios¹¹.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

Además de los **objetivos generales** de la PCS, definidos como democratización y enfoque integral, se pueden definir los siguientes **objetivos específicos**:

1. Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de cuáles son las necesidades de salud más importantes. Es necesario construir de forma conjunta los valores culturales y sociales sobre la salud y la enfermedad que facilitan la autonomía individual y colectiva. Ello nos permite a los profesionales sanitarios participar de sus conocimientos sobre la enfermedad y la salud, cómo la vive y cuáles son sus preocupaciones principales, aprovechando el conocimiento y la experiencia propia de la población.
2. Reforzar el papel de protagonista del ciudadano como sujeto del cuidado de su salud, aumentando su responsabilidad. En la atención sanitaria, muchas decisiones dependen de los pacientes: deciden cuándo los síntomas son suficientemente graves como para requerir ayuda; cuándo utilizar un recurso u otro; deciden si se harán las pruebas y si atienden o no a las recomendaciones dadas. Cuanto más avancemos en el empoderamiento de la ciudadanía, más aumentará la eficacia de las actuaciones del sistema sanitario y la utilización racional de los recursos.
3. Desarrollar los servicios con un enfoque de salud comunitaria que potencie el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial. La comunidad es el eje central de los servicios, que deben participar activamente en el diagnóstico de sus problemas y necesidades y en la aceptación, priorización, movilización de recursos, desarrollo de programas de salud y uso de todos estos servicios. Ante los diversos problemas de salud actuales (patologías crónicas, discapacidad, soledad en personas ancianas), la población actúa como la mejor coordinadora para la atención y utilización de los recursos. Por otro lado, ayuda a la coordinación dentro del sector sanitario y con otros servicios sociales, aumenta la eficiencia en la utilización de los recursos, reduce el predominio de los profesionales sanitarios en las decisiones y contribuye así a la desmedicalización.
4. Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios. Este es un aspecto necesario para dar respuesta a la crisis de legitimación de los sistemas sanitarios. Debe contemplar todo el proceso de evaluación de la atención a la salud. Cada vez es más importante contemplar no solo indicadores negativos (mortalidad y morbilidad), sino también resultados como la evolución de las desigualdades en los niveles de salud y en el acceso a los servicios, e indicadores positivos como la calidad de vida, las condiciones y estilos de vida y el grado de satisfacción de las necesidades de la población y de la aceptabilidad de los servicios.

Bases y características de la participación comunitaria en salud:

Criterios esenciales y de calidad de la participación ciudadana:

- Aun existiendo diversas definiciones de *comunidad*, a nivel práctico y operativo, en el sistema sanitario la definimos como «un territorio concreto, con una población determinada, que dispone de determinados recursos y que tiene determinadas demandas». Una comunidad siempre es el conjunto de estos cuatro factores (territorio, población, recursos y demandas) y sus mutuas, constantes y mutantes interrelaciones. En las sociedades actuales, las comunidades pueden responder más al «agrupamiento colectivo que tiene entre sus elementos componentes un vínculo de unión de carácter espontáneo y natural» que a una cuestión territorial.
- La participación es una relación entre partes distintas, pudiendo adoptar diferentes formas, que evolucionan y se modifican en el curso de la interacción. Un factor fundamental de los procesos participativos es que generan distintas representaciones por parte de los actores, a su vez determinadas por el paradigma interpretativo que asumen.
- El proceso participativo comunitario tiene su centro en una comunidad concreta. En un sistema formalmente democrático y fuertemente estructurado a nivel institucional y legal, una comunidad coincide con la dimensión del municipio o barrio y, por lo tanto, con el gobierno de este municipio que es el ayuntamiento.
- El proceso debe tener tres protagonistas según la metodología de procesos comunitarios de Marco Marchionni (que son los protagonistas de la vida organizada de un sistema democrático) que tienen que ver directamente con los temas de la intervención comunitaria: las administraciones, los recursos técnicos y profesionales que operan en/con esa comunidad (públicos, privados no lucrativos y voluntarios) y la población. Los tres protagonistas deben implicarse correctamente en el proceso, desempeñando cada uno su papel y respetando y asumiendo el papel de los demás.
- El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.
- El ciudadano, en una sociedad avanzada y democrática, exige su participación en la toma de decisiones que le afectan, especialmente referentes a su salud; no solo como paciente, sino como parte de la comunidad¹². Dicha concesión afecta a sus derechos a los servicios (elección de profesionales y centros), a la toma de decisiones clínicas y de política sanitaria para definir las necesidades asistenciales, la gestión de los recursos (transparencia) y la calidad de la asistencia al ciudadano y a la comunidad.
- La participación entendida como toma de conciencia de la situación y de los problemas y orientada hacia el cambio es la clave. Participa solamente quien es consciente de la necesidad de su participación y quien sabe que si no participa no se podrán modificar las cosas.
- Es fundamental redefinir el rol del paciente como coproductor y no como consumidor o cliente. Un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores.
- Las organizaciones sanitarias deben ayudar a que los pacientes adquieran más poder y capacidad para abordar los problemas dándoles más recursos, valorando y actuando a partir de su experiencia, involucrando a las personas en el diseño y funcionamiento de los servicios, desarrollando sistemas que asuman que los pacientes están más capacitados y facilitando recursos donde y cuando se necesitan, a la vez que ayudando a que los profesionales sanitarios sean más sujetos de apoyo y soporte que autoridad paternalista en el proceso de toma de decisiones.
- Un sistema que comparte la producción de servicios curativos y preventivos con programas de promoción de salud necesita de unos dispositivos de relación más complejos, flexibles y bidireccionales con las personas que atiende.

Características de la participación comunitaria en salud

Para definir un proceso comunitario como participativo se tienen que poder reconocer en él una serie de características o criterios que definen su grado e intensidad y que aparecen sintetizados en la tabla 2.

Tabla 2. Características de la participación en procesos e intervenciones comunitarias

CARACTERÍSTICAS	CONTENIDO
Activa	La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación Cuanta más capacidad de influir en las decisiones alcance, su participación será más eficaz, real y democrática
Consciente	Conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades a solucionar
Responsable	Se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades
Deliberada y libre	Las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias
Organizada	La población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios sanitarios Las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario

Sostenida

No se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos, de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo

Evaluación

Los criterios de evaluación cualitativa de los procesos de participación comunitaria propuestos por Agudelo¹³ y Rifking¹⁴ son:

1. Información, como conocimiento necesario que da acceso al poder para tratar y resolver problemas.
2. Evaluación de necesidades, criterios fundamentados y juicios de valor.
3. Toma de decisiones, como un proceso con distintos niveles. Podemos tener en cuenta la escala de poder en la toma de decisiones de los miembros natos de los órganos de participación comunitaria y que, según Klein, son (de menor a mayor nivel de poder):
 - o **Derecho de la comunidad a ser informada.** Las autoridades deben informar sobre sus planes y decisiones.
 - o **Derecho de la comunidad a ser consultada.** La comunidad ha de ser oída antes de tomar o ejecutar una decisión.
 - o **Derecho de la comunidad a negociar.** Se da una oferta y contraoferta entre autoridades y comunidad, pero esta no es miembro de los órganos de decisión.
 - o **Derecho de la comunidad a participar en la toma de decisiones.** Siendo parte minoritaria de los órganos en donde se toman las decisiones.
 - o **Derecho de la comunidad al veto.** Cuando la población es mayoría en los órganos de decisión.
- A no ser que estén muy claros y explícitos los poderes y mecanismos de la participación comunitaria, se puede generar desilusión y confusión.
4. Movilización de recursos y realización de tareas; es lo que llamaríamos acción social, que comprende movilizar recursos propios comunitarios y ser sujetos activos.
5. El grado de autonomía o dependencia, en la medida en que la participación disminuye la dependencia de apoyo y contribuciones externas.
6. Nivel de organización de la comunidad, en la medida en que promueve o facilita la creación de un contexto comunitario: crear estructura, afianzar una red.

Por otro lado, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) estableció unos criterios de valoración de la actividad comunitaria que se han aplicado para la concesión de los Premios PACAP (disponibles en <http://www.pacap.net/es/criterios.html>) y que son los siguientes:

- Participación de otros recursos de la comunidad en el proceso.
- Concepción integral (bio-psico-social).
- Las actividades deben dirigirse a potenciar la autonomía y la capacitación personal y grupal, y estar orientadas al incremento de poder de la comunidad.
- Explicitación documental y definición de objetivos.
- Es preciso tener en cuenta los problemas de salud y prioridades de la comunidad.
- En los grupos se deben utilizar metodologías que favorezcan el proceso grupal.
- La evaluación debe incluir a la comunidad y analizar el proceso.
- Continuidad en el tiempo.
- Grado de implicación de los profesionales del equipo.
- Intersectorialidad.
- Implicación del ámbito institucional.
- Dinamización del nuevo tejido social.
- Creación de órganos permanentes de coordinación.
- Actividades innovadoras.

Los cinco primeros criterios se consideran básicos y el resto convenientes.

Marco legal de la participación

Existe un marco legal que ha sido aprobado de una forma lenta y progresiva en el Parlamento del estado (tabla 3).

Tabla 3. Marco legal de la participación en el estado español

Leyes/Real Decreto	Articulado	Comentario
Constitución 1978	9, 22, 23, 29 129	Reconoce el derecho a la PC como derecho fundamental
26/19 julio de 1984 General de Consumidores y usuarios	Cap. VI, Art. 20, 21, 22	Derecho a la participación
7/2/1985 Bases del Régimen Local	18, Cap. IV, 69, 70, 71, 72	Municipios como cauces para la PC en asuntos públicos
14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (LGS)	Cap. I, art. 3, 6, 9 10 Cap. II-III, 53, 57, 58	Derecho a participar en salud Órganos de dirección y participación
41/02, 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materias de Información y Documentación	Cap. I, art. 1, 2 Cap. II, art. 4, 6... Cap. III, IV	Principios básicos Desarrollo de derechos y deberes del ciudadano: Información, autonomía, intimidad, documentación
16/2003, 28 de mayo. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003	Cap. pret. art. 1, 2 Cap. I, art. 12 Cap. V, art. 53 Cap. IX	Coordinación y participación Prestaciones comunes en AP Sistema de información sanitaria Consejo de Participación Social

Real Decreto 1013/2006, 15 de septiembre. Se establece cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento de actualización	Art. 1, 2, 6 Anexo 1, 2	Cartera de servicios comunes Salud pública y atención comunitaria como oferta de AP
Ley 33/2011 de Salud Pública	Art. 5	Derecho a la participación efectiva como ciudadano en las actuaciones de salud pública
Otras: A nivel de comunidades autónomas se han desarrollado normativas de participación		Consejos de salud

AP: Atención Primaria; PC: participación ciudadana.

Las políticas de nuestro entorno, tanto a nivel estatal como de comunidades autónomas, han desarrollado normativas legales sobre participación y se han suscrito los acuerdos internacionales en materia de salud, fundamentalmente la estrategia de salud para todos de la OMS del año 2000 y los cimientos éticos de Salud XXI, en donde se recoge «la participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud».

Existen leyes y decretos de las comunidades autónomas, que en su conjunto han desarrollado normativas legales sobre esta materia, tanto sobre los derechos de la ciudadanía como sobre órganos de participación de los distintos niveles territoriales, zona básica, distrito o área y regional, si bien existen claras diferencias de lo realizado entre ellas y el apoyo político recibido.

En la estrategia AP XXI del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2008 (disponible en:

http://www.msc.es/profesionales/.../AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf), en ocho estrategias de las 44 planteadas se recogen objetivos relacionados con «lo comunitario» y la participación, si bien han impregnado poco en la políticas sanitarias reales de las comunidades autónomas y del ministerio.

El marco legal estatal, y según territorios, dibuja un modelo de participación con las siguientes características¹¹:

- Reconocimiento teórico del derecho a la participación que en los órganos institucionales queda relegada a una participación indirecta a través de órganos de representación.
- La participación es, por tanto, delegada y la ciudadanía tiene un papel consultor y legitimador de poder.
- En los órganos de decisión, consejos de dirección y comisiones de participación de área existe una representación delegada indirecta con una capacidad de poder limitada a la consulta, la información o el simple voto discrepante, siempre en minoría respecto a la representación de administraciones sanitarias. No existe derecho al veto.
- La legislación en pro de la participación de las diferentes comunidades autónomas en los consejos de salud es desigual.

La existencia de una normativa específica no ha supuesto su puesta en marcha real, con grandes diferencias según territorios, siempre bajo un marco que consideramos deficitario. La participación comunitaria sigue siendo un reto pendiente dentro de las instituciones públicas.

Las nuevas apuestas municipalistas abren un nuevo horizonte a través de espacios abiertos de debate y decisiones compartidas respecto a las políticas públicas, también las que tienen que ver con la salud de las personas, en el marco global de la «salud en todas las políticas».

Experiencias de participación comunitaria en salud

A nivel estatal existe un proceso amplio de implicación y participación ciudadana en los temas de la salud, denominado «acción social en salud», que comienza por el ámbito más personal de «cuidarse» y «cuidar» el entorno familiar y social y sigue con intervenciones más sociales y políticas. Como señalamos anteriormente, aunque el Estado establece la actividad comunitaria como una de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, muy pocas comunidades autónomas lo han desarrollado en sus contratos-programas de gestión y/o en la cartera de servicios. El desarrollo es desigual según territorios y hay una infravaloración generalizada, al no tenerse en cuenta en los objetivos de los equipos, en la cartera de servicios, el contrato-programa y otras herramientas de gestión, tal y como se desprende del estudio frAC^{15,16}. A día de hoy, la realización de actividades comunitarias y de promoción de la salud no es tan activa como cabría esperar y depende en gran medida del voluntarismo, la iniciativa y el tesón de algunos profesionales.

Las actividades de PC relacionadas con la salud son múltiples y diversas. Nos centraremos en aquellas experiencias desarrolladas en Atención Primaria o que guardan relación con los servicios sanitarios públicos (tabla 4).

- El PACAP: desarrollado desde la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), recoge en la Red de Actividades Comunitarias (RAC; disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/que-es-la-red-pacap/>) una base de datos de actividades comunitarias que se realizan en unos 200 centros de salud: hasta 672 actividades, con un volumen desigual entre territorios (la mayoría de los registros corresponden a Asturias, Madrid y Catalunya).
- Existen diversas redes de participación comunitaria y de promoción de la salud a nivel autonómico como son: la Red Aúpa de Catalunya (<http://www.gencat.cat/salut/ies-aupa/html/ca/dir1768/gijon2.pdf>), el Observatorio de la Salud de Asturias (<http://www.obsaludasturias.com/obsa/>), la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) (<http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com.es/d/>), la Red de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) de Aragón, los proyectos de educación para la salud del Instituto de Salud Pública de Navarra (http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+) y las escuelas de PS de Andalucía (<http://www.easp.es/>).
- Los procesos y planes de desarrollo comunitario, considerados como óptimos y de mayor cualificación no son abundantes, pero sí de gran valor. Entre ellos, cabe señalar: Plan Comunitario de Carabanchel, Tetuán y Moratalaz de Madrid; proceso comunitario del área 9 de Madrid en Leganés y Fuenlabrada; Plan en Carranza (Ferrol, 1987) y Distrito Quinto de la Coruña; Casco Viejo de Pamplona; Palo Blanco (Tenerife) y El Patio, Telde de Canarias; Margen Derecho de Badajoz (2008); Son Gotleu, Polígono del Llevant Pere Garau en Mallorca; Trinitat Nova (1966) y Verdun en Nou Barris de Barcelona, y el proyecto de participación ciudadana de Avilés. Por último, queremos mencionar el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural¹⁷ que desde 2010 se está desarrollando en diversos territorios del estado con el asesoramiento del Instituto Marco Marchionni.
- Como órganos de participación más localizados, los consejos de salud de zona también tienen un funcionamiento desigual, que depende en muchos casos del interés de los profesionales que conforman los equipos de Atención Primaria y de su relación con el resto de asociaciones y entidades del barrio en que trabajan. La iniciativa en unos casos parte del propio centro de salud y en otros es una demanda de la comunidad. En Castilla-La Mancha se desarrolló una experiencia participativa¹⁸ muy valiosa que quedó cercenada tras cambios políticos. En Aragón, la existencia de una estrategia

autonómica de desarrollo de consejos de salud con un perfil consultivo de asesores-demandantes de actividades comunitarias ha aumentado el nivel de participación¹⁵.

Tabla 4. Instrumentos de promoción de salud y actividades comunitarias desarrolladas en el Sistema Sanitario Nacional

1. Educación para la salud

- Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales y sociales que conduzcan a la mejora de la salud y cambios en los determinantes de la salud
- Se llevan a cabo consejo y asesoramiento, la educación para la salud individual y la grupal y/o colectiva

2. Medios de comunicación social e información

- Elaboración y utilización de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios, etc.)
- Participación en los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet), especialmente de carácter local.

3. Acción social en salud

- Proceso por el cual los grupos, agentes y personas implicados en la promoción de la salud trabajan en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados
- Propician el contexto comunitario y promueven el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos
- Tiene su propia dinámica y el protagonismo es de la comunidad. Los servicios sanitarios contactan con ellos, colaboran, apoyan, solicitan colaboración y asesoran
- Existen diversas actividades como contactos con diversos tipos de asociaciones, organizaciones y redes sociales, líderes y agentes comunitarios en salud, relaciones con otros sectores sociales y apoyo a los grupos de ayuda mutua

4. Procesos y planes comunitarios

Su finalidad es la de promocionar el desarrollo comunitario integral de la comunidad con la participación necesaria de los tres protagonistas clave: la población, los profesionales y los técnicos de los servicios comunitarios y las administraciones

5. Reorientación de los servicios sanitarios

- Programas integrales de salud con enfoque promotor. Atención al niño, mujer y mayor. Inclusión en cartera servicios
- Acciones intersectoriales con procesos de coordinación
- Programas de mejora de calidad de los servicios con participación comunitaria
- Formación profesional en promoción de la salud, educación para la salud e intervención comunitaria
- Órganos de participación comunitaria como consejos de dirección del Servicio Regional y Área, consejos de salud de zona, etc.

¿Qué podemos hacer para promover la participación comunitaria en un centro de salud?

El paso del marco teórico a la puesta en práctica de la PCS en nuestros centros de trabajo en ocasiones puede resultarnos difícil. Por eso os ofrecemos algunas ideas o pautas que puedan servir como guía, basadas en las recomendaciones del PACAP¹⁹ y en nuestra propia experiencia profesional y de otros compañeros:

- Algunas reflexiones necesarias e importantes. La «salud» ¿es un asunto individual?²⁰, así que podemos reorientar la consulta y el centro de salud hacia un enfoque de promoción de la salud²¹.
- Si empezamos a trabajar con la comunidad, ¿qué guías podemos utilizar? Marta Sastre y sus colaboradores nos aportan una buena revisión en *AMF joven*²².
- Nosotros también somos «comunidad». Somos parte de ella, con sus derechos y deberes, con nuestras necesidades y deseos sobre el cuidado de la salud.
- No se nace con el «gen de la participación». Se trata de un proceso dinámico, de aprendizaje continuo y continuado en el tiempo.
- Tenemos que cambiar la mirada, abrir las ventanas y mirar a la comunidad. Ampliar la mirada nos permitirá ver los cauces de participación.
- No estamos solos en el universo comunitario. Tenemos que prestar atención, contactar y, si es posible, crear redes con los procesos de participación que ya se estén desarrollando en el territorio en el que nos movemos. Evitaremos duplicidades innecesarias y nuestra labor puede ser mucho más provechosa si atendemos a las demandas existentes.
- Todo proceso de participación requiere tiempo y paciencia. También es preciso adaptar los ritmos de las diferentes personas implicadas. En ocasiones, hay que seguir el ritmo del más lento.
- Constituir un grupo de trabajo con personas muy implicadas, personas afines y otras que participen de forma puntual según ámbitos de interés. Si tomando un café me entero de que a mi compañero le gusta hacer taichí, igual un día se anima a impartir un taller...
- Escuchar todas las voces. También las críticas. La información sobre todo el proceso con una buena comunicación, clara y concisa a todos los miembros del equipo de Atención Primaria y otros grupos implicados (asociaciones vecinales, centros educativos, entidades que trabajan en el barrio, etc.) reducirá las posibles resistencias. Conseguir que no existan opositores al proceso de participación es clave.
- Autoformación en el equipo de Atención Primaria. La formación en salud comunitaria, epidemiología social, desigualdades sociales en salud (DSS), educación para la salud, trabajo con grupos, resolución de conflictos, desarrollo de reuniones, activos en salud, revisión de otras experiencias comunitarias, etc., también reduce las resistencias, muchas de las cuales se generan por desconocimiento o desconfianza.

Existen diversas metodologías de intervención comunitaria con líneas de formación y experiencia valiosas que podemos conocer accediendo a sus webs y blogs. Señalamos: Atención Primaria orientada a la Comunidad (APOC) <http://www.apoc-copc.org/cast/links.htm>; Proceso Desarrollo Comunitario del Instituto Marco Marchioni (<http://institutomm>); Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) (<http://www.procc.org/inicio.htm>); Investigación-acción-participativa (IAP).

- Registro del proceso. Toda intervención de tipo comunitario se beneficia del registro en forma de actas de las reuniones que se llevan a cabo, con nombramiento de personas responsables.
- Comenzar con proyectos sencillos que aseguren el éxito. Es preferible participar en una reunión de barrio y dar un taller de alimentación a demanda de los vecinos que comenzar proponiendo una intervención mucho más amplia y complicada. Como hemos dicho, la PCS es un proceso largo, en el que dar pequeños pasos pero firmes puede asegurar su continuidad en el tiempo.

Cuestiones para el debate

A la hora de pasar de la información a la acción, podemos no saber cómo incorporar la participación a la realidad sanitaria. Poner en marcha procesos de participación en salud no es fácil. Hay términos que para cada uno de nosotros pueden tener significados diferentes, como definir la «comunidad» a partir de los espacios físicos o a través de las relaciones que se establecen (p. ej., en personas migrantes con gran uso de la comunidad 2.0). El término «empoderamiento» genera debate, pues existen discrepancias con la definición del «poder» y su naturaleza constrictiva o permisiva. En términos de salud, en tanto tratamos con seres vulnerables, se relaciona con la definición de Clara Murguialday: «el proceso por el cual las personas fortalecen sus

capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven» (disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86>).

Por otro lado, son múltiples las fuentes que plantean si es posible abrir un verdadero espacio de participación en instituciones construidas en vertical y en una sociedad fuertemente medicalizada. ¿Qué niveles de participación se consideran como válidos? ¿Son las encuestas de satisfacción un modo de participación en salud? ¿Dónde están hoy día los espacios de participación? Quizás las respuestas a estas preguntas sólo pueden ser escritas desde la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Irigoyen J. El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la Atención Primaria en España. En: Palomo L, coord. Expectativas y realidades de la AP en España. Madrid: Fundación 1 Mayo.GPS; 2010. p. 221-43.
2. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. [Internet.] Gest Clin San. 2010; 12(2), 55-62. [Consulta: mayo de 2011.] Disponible en <http://www.iiss.es/gcs/gestion44.pdf>.
3. Ramos E, Sánchez A, Marsset P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud. I: Problemas históricos. II Alternativas, críticas y emancipatorias. Aten Primaria. 1992;9(6 y 7):398-400 y 334-6.
4. Aguilar Idáñez MJ. Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. Comunidad. 2006;7:66-81.
5. Vuori H. La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma. Aten Primaria. 1992;10(9):1036-48.
6. Turabián JL, Pérez Franco B. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario. Aten Primaria. 1998;21(5):321-4.
7. Irigoyen J. La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: Aranda Regules JM, coord. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994. pp. 183-222.
8. Domínguez J, Ruiz-Giménez JL. Reflexiones sobre lo «comunitario» en nuestro sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38(8):421-4.
9. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Alma Ata. [Internet.] Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm; Carta Ottawa. [Internet.] Disponible en [paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf](http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf); AP más necesaria que nunca. [Internet.] [Consulta mayo de 2011.] Disponible en <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>.
10. De Vos P, Malaise G, De Ceukelaire W, Perez D, Lefevre P, Van der Stuyft P. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. Med Soc. 2009;4(2):127-34.
11. Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria: Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. Comunidad. 2005;6:62-72.
12. Martín-García M, Ponte C, Sánchez Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006; 20(sup):192-202.
13. Agudelo C. Participación Comunitaria en Salud: Conceptos y criterios de valoración. Boletín Oficial Sanit. Panam. 1983;95(3):375-85.
14. Rifkin SB, Y SHRESTHA. Towards the measurement of community participation. World Health Forum. 1989;10(3/4):467-72.
15. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. Gac San. 2014;28(4):267-73.
16. Soler M, March S, Ramos M, Ruiz-Giménez JL, Pérez MJ, Muntaner I, et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe Final 2008. [Internet.] [Consulta el 9 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
17. Morin R. Marchioni Marco: El Instituto Marco Marchioni y el Proyecto de Intervención Intercultural. Comunidad. 2014;16(1).
18. Bleda JM, Fernández C, Santos A. El modelo de participación deliberativa en salud en el Área sanitaria de PuertoLlano, Ciudad Real. Evaluación y proyección. Comunidad. 2010;12:56.
19. PACAP: Recomendaciones: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Madrid: semFYC ediciones e ISP; 2004.
20. Montaner I, Foz G, Pasarin M^º. La salud: ¿un asunto individual? AMF. 2012;8(7):374-82.
21. Ruiz-Giménez JL, Peñalva D, Hernández-Gil A. ¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud? AMF. 2013;9(3):134-42.
22. Sastre M, Pérez Alonso E, García Blanco D. Empezando a trabajar con la comunidad... ¿Qué guías podemos usar? AMFJ. [Internet.] 2012;1(6):1. [Consulta el 9 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://joven.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=218

Volver

La participación comunitaria en salud
 Patricia Escartín Lasierra, Vicky López Ruiz y Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar
 Comunidad noviembre 2015;17(2):16
 ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0 comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar