

# Participación e intervención comunitaria

La **participación comunitaria** supone un pilar básico en la APS que va a permitir que la *comunidad se involucre en la toma de decisiones sobre los diagnósticos de salud detectados en su área de intervención*.

Una correcta participación comunitaria comporta una *intervención en el control y en la coordinación de los problemas y necesidades detectados en el Sistema Sanitario de dicha comunidad, y no se reduce exclusivamente a una mera función consultiva*.

El desarrollo de programas y de protocolos de salud requieren de esta participación e intervención comunitaria.

## 6.1. La participación comunitaria

Según Martín Zurro, la palabra **comunidad** hace referencia a un *grupo de personas, que en nuestro caso suponen un conjunto de una población atendida por un centro de salud, que tienen en común un espacio cultural, social y geográfico determinado y una serie de valores e intereses*.

La OMS (1978) define la participación comunitaria como *“un proceso por el cual las personas, tanto en forma individual como en grupos, ejercen su derecho de desempeñar una función directa y activa en el desarrollo de servicios apropiados de salud, de asegurar las condiciones necesarias para una salud mejor y de apoyar la delegación de atribuciones a las comunidades para el desarrollo sanitario. Asimismo, implica la colaboración entre individuos, grupos, organizaciones o profesionales de la salud, en la cual todas las partes examinan las raíces de los problemas sanitarios y deciden sobre los métodos para combatirlos”*.

Según la Declaración de Alma-Ata (1978), *“el pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación de la protección de la salud y en la aplicación de sus atenciones de salud”*.

Por tanto, con la participación comunitaria se propone:

- Llegar a todos, y sobre todo, a los **más necesitados**.

- Acercarse a los **hogares** y las **familias**, sin limitarse a los centros sanitarios.
- Establecer una **relación continuada** con las personas y las familias.

La OMS considera necesaria la participación comunitaria para lograr una dispensación de una atención adecuada a la salud de la población.

La participación ciudadana está íntimamente unida a la promoción de la salud. **La Carta de Ottawa** (1986) define la promoción de la salud como *“el proceso que proporciona a los individuos (comunidades) los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su nivel de salud”*.

Para Martínez Riera y col. (2006), la participación comunitaria es un proceso dinámico, progresivo y lento que requiere de instrumentos y medios necesarios que permita a la población adquirir la autonomía y la capacidad necesarias para dar respuesta a las necesidades identificadas.

## 6.2. La promoción de la participación comunitaria en los temas de salud

Para promocionar la participación comunitaria se debe otorgar a la comunidad *áreas de poder o de participación* (Tabla 1) que se relacionen con sus necesidades en materia de salud.

Desde las estrategias de Atención Primaria de salud se deben planificar los programas de salud que tengan relación estrecha con las necesidades de la comunidad en cuestión. Igualmente, la comunidad participará en el desarrollo de los servicios de salud, lo que fomentará la autorresponsabilidad y evitará la dependencia (provocada en ocasiones por cierta postura paternalista desde los profesionales sanitarios).

Por su parte, las instituciones públicas deben promover el desarrollo comunitario potenciando su protagonismo en las actuaciones en materia de salud y favoreciendo el uso de medios de comunicación social. Del mismo modo, han de fomentar una alta coordinación e interrelación con las instituciones locales, las autoridades municipales, las asociaciones vecinales, los sindicatos, etc.

ÁREAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Valoración de la situación</li> <li>· Identificación y definición de los problemas</li> <li>· Establecimiento de prioridades</li> <li>· Planificación de actividades</li> <li>· Cooperación en su desarrollo</li> </ul>
Tabla 1. Áreas de participación de la comunidad

La promoción de la salud cubre las siguientes cinco áreas estratégicas:

- Promover la **responsabilidad social** sobre la salud.
- Incrementar la **inversión para el desarrollo** de la salud.
- Consolidar las **alianzas intersectoriales** para la salud.
- Incrementar la **capacidad y empoderamiento** de la comunidad y de los individuos.
- Asegurar una **infraestructura** para la promoción de la salud.

A modo de síntesis, por tanto, la meta de la APS es la promoción de la salud, y para alcanzar este objetivo se utilizará la *participación comunitaria como recurso* y la *educación para la salud como herramienta*.

### 6.3. Características de la participación comunitaria

Según la definición que propone Martínez Riera y col. (2006), se definen las siguientes características para la participación comunitaria:

- **Activa:** cuando interviene la comunidad en todas las etapas del proceso.
- **Consciente:** si existe un conocimiento de los problemas que afectan a la comunidad y que induce a la participación para dar respuesta a sus necesidades.
- **Responsable:** cuando hay un compromiso de acción que implica asumir la responsabilidad que se deriva de su participación activa y voluntaria.
- **Deliberada:** si la participación voluntaria de la comunidad tiene lugar en acciones concretas procedentes del análisis y del debate que conduzcan a la libre comprensión y aceptación de dicha participación.

- **Organizada:** como consecuencia de la percepción que la comunidad tiene sobre la oportunidad de unirse para alcanzar un objetivo común sobre la base de una organización que permita una intervención eficaz.
- **Sostenida:** la continuidad en el tiempo es fundamental para lograr los objetivos planteados, tratando de evitar la participación entusiasta y efímera que impida la necesaria sostenibilidad de la organización y de sus acciones.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Activa</li> <li>· Consciente</li> <li>· Responsable</li> <li>· Deliberada</li> <li>· Organizada</li> <li>· Sostenida</li> </ul>
Tabla 2. Características de la participación comunitaria

### 6.4. Mecanismos de participación comunitaria

Las bases metodológicas que utiliza la comunidad para generar intervenciones son las siguientes:

- **Motivación:** es el impulso o la fuerza interna para realizar una acción. Es un elemento imprescindible en la organización y se basa en intereses, deseos y aspiraciones. Es frecuente que aparezca desmotivación dentro de la comunidad, del mismo modo que surge en el propio equipo de salud, debido a los factores internos y externos propios del trabajo diario en el ámbito de la salud.
- **Organización:** las relaciones entre la comunidad y los servicios sanitarios deben estar estructuradas de forma que se produzca una correcta coordinación.
- **Coordinación:** supone la capacidad de facilitar, impulsar y desarrollar un esfuerzo compartido entre organizaciones con intereses y objetivos diferentes pero complementarios que permitan alcanzar un logro común.
- **Educación:** es la adquisición de actitudes, aptitudes, valores y compromisos mediante un proceso sistemático y bidireccional.

La relación y utilización conjunta de estos mecanismos es básica para lograr las metas y los resultados propuestos por la participación comunitaria y para que los servicios de salud tengan consciencia del rol fundamental de la comunidad.

## 6.5. Instrumentos para llevar a cabo la participación comunitaria

A continuación, se expone una relación de aquellos mecanismos o instrumentos para llevar a cabo la participación comunitaria desarrollada con una adecuada experiencia en nuestro país. Son los siguientes:

- Consejo de salud.
- Contacto con asociaciones y otro tipo de organizaciones.
- Relaciones con otros sectores sociales.
- Contactos con redes sociales y líderes comunitarios.
- Creación de grupos de ayuda.
- Agentes comunitarios de salud.
- Encuestas de satisfacción.
- Sistema de reclamaciones y sugerencias.
- Personal no sanitario como informadores clave.
- Marketing y relaciones públicas.
- Cultura de orientación al usuario.
- Máxima capacidad de elección por parte del paciente.

De ellos cabe destacar los dos que se desarrollan a continuación:

- El **Consejo de Salud**, considerado como paradigma de la participación comunitaria y que Revilla (1987) define como un *órgano donde se reúnen un grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusión en el ámbito de la salud, y también a los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios*.
- La **relación con otros sectores sociales**, ya que en la Declaración de Alma-Ata se definió la acción intersectorial como un fundamento clave de la estrategia de Atención Primaria.

## 6.6. Grados de participación comunitaria

La participación comunitaria, dependiendo del verdadero poder que la comunidad tenga con relación a la toma de decisiones, posee distintos niveles o grados de intervención que se pueden clasificar en los siguientes tipos:

- **Nivel informativo:** se produce comunicación en un único sentido, desde los profesionales hacia los participantes. Por ejemplo, los profesionales y las autoridades sanitarias deben informar a los individuos sobre los planes que afecten a la vida de la comunidad en cualquiera de sus aspectos.

- **Nivel consultivo:** existe comunicación en dos sentidos y, por tanto, la autoridad va a solicitar, los participantes responderán y la autoridad decidirá. Es el caso en el que la población debe ser escuchada antes de adoptar una decisión que le afecte.
- **Nivel negociador:** se permite negociar hasta llegar a la modificación de las decisiones tomadas por la autoridad. En este sentido, la comunidad, los profesionales sanitarios y la Administración han de acordar o pactar las decisiones en temas de salud.
- **Nivel participativo:** existe capacidad de intervención en el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, la comunidad tiene derecho a tomar decisiones mediante los representantes de la comunidad que son miembros de los órganos de decisión y tienen pleno derecho a voto.
- **Nivel de veto:** además de tener la capacidad de intervención mencionada, también se tiene capacidad para bloquear las decisiones que se hayan tomado. Es el caso en el que la comunidad puede negarse a la puesta en marcha de determinado proyecto.

Estos niveles dan lugar a que la participación comunitaria se pueda clasificar en dos tipos:

- **Participación real:** intervención efectiva con capacidad de decisión en todo el proceso.
- **Pseudoparticipación:** intervención producida exclusivamente en la etapa final del proceso, con carácter consultivo.

De esta forma, Martínez Riera y col. (2006) considera que *participar* supondrá el hecho de que los ciudadanos sean agentes de cambio en su comunidad mediante la cooperación responsable y organizada, la intervención activa en la prevención y resolución de problemas identificados y sentidos y la adecuada y eficaz utilización y/o extensión de recursos y servicios de interés común.

### 6.6.1. Niveles de participación comunitaria según cómo se desarrolle la educación para la salud

Según la forma en la que se desarrolle la educación para la salud como herramienta fundamental de la promoción de la salud, se pueden diferenciar tres niveles de participación comunitaria:

- **Individual:** en la consulta o en una sala para grupos, entre el profesional y los pacientes. Se suele centrar en la modificación de estilos de vida inadecuados.
- **Comunitario:** con grupos de autoayuda, voluntarios, etc.
- **Comunitario en el proceso de planificación:** en intervenciones de acción comunitaria, grupos de presión, etc.

## 6.7. Condiciones para el desarrollo de la participación comunitaria

Estas condiciones se deben dar por parte de la comunidad y de los profesionales.

### 6.7.1. La comunidad

- Debe estar **organizada** y tener la capacidad para llevar a cabo **acciones de participación**. Se crearán ambientes favorables que permitan el apoyo recíproco de los integrantes de la comunidad, la protección de la comunidad, la protección del medio ambiente, y el trabajo y el ocio como fuente de salud.
- La participación de la comunidad será de **carácter voluntario, sin presiones ni autoritarismo**.
- La elaboración de una **política sana** (voluntad política) cuyos componentes principales son la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. El clima político debe ser favorable y si no favorece directamente la participación de la comunidad, por lo menos que no la dificulte.
- Es necesario que haya una **adecuada coordinación intersectorial** que permita que todas las organizaciones (formales e informales) puedan participar.
- La comunidad debe estar claramente informada sobre cuál va a ser su papel en el proceso de participación comunitaria.

### 6.7.2. Los profesionales de la salud

Los profesionales sanitarios, con respecto a su relación e interacción con la comunidad deben tener una serie de consideraciones, que son:

- Tener un **buen conocimiento** de la comunidad donde trabajan. Conocer las costumbres, las tradiciones y especialmente la manera de comunicarse facilita la aceptación y la confianza por parte de la comunidad y de sus líderes.
- Trabajar con la comunidad **manteniendo el liderazgo**. La imagen que se proyecte de uno mismo a la comunidad es muy importante. Es necesario demostrar que se está para ayudar a usar sus recursos con el fin de mejorar su salud.
- **Comunicarse adecuadamente** con la comunidad. Desarrollar aptitudes personales con información, educación, perfeccionamiento de las capacidades y habilidades personales, etc., para lograr el bienestar físico, mental y social. No generar falsas expectativas que hagan perder la confianza ganada y que conduzcan a una negativa a colaborar.

- **Reorientación de los servicios de salud**, que significa no sólo prestar servicios curativos, de rehabilitación y preventivos, sino además favorecer en la comunidad la necesidad de una vida sana, de cambios en la educación y formación de recursos humanos, de trabajar en colaboración con otros sectores.
- **Refuerzo de la acción comunitaria** que facilite la participación efectiva y concreta de la comunidad en la determinación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción. La participación tiene que ser comunitaria, intersectorial y multidisciplinar, favoreciendo la descentralización de recursos. Se debe potenciar la acción de grupos sociales y la intención de cambio en aquellas condiciones sociales de la salud que repercutan negativamente en la comunidad.

## 6.8. La participación comunitaria en la Ley General de Sanidad

En España, mediante la Ley 14/1986, General de Sanidad, se articula la participación comunitaria en el marco imprescindible para un adecuado desarrollo de los Sistemas Sanitarios públicos. De esta forma, dicha ley, en su artículo 5, punto 1, refleja: “... los servicios públicos de salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución”.

En el artículo 57 se añade que “el órgano de participación será el Consejo de Salud del Área, con representación de las Corporaciones Locales, representantes sindicales y representantes de la Administración Sanitaria”.

Por tanto, la atención a la comunidad desde Atención Primaria debe completarse con la promoción de formas de participación comunitaria, cuyo mayor nivel de formalización lo constituyen los **Consejos de Salud**.

FUNCIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Validar que los programas de salud sean pertinentes</li> <li>· Asesorar sobre las directrices sanitarias</li> <li>· Participar mediante propuestas en la resolución de problemas</li> <li>· Fomentar la participación comunitaria</li> <li>· Dar información relacionada con el Plan de Salud</li> </ul>
Tabla 3. Funciones de los Consejos de Salud del Área

En la gestión operativa de los centros mediante los Consejos de Salud de Centro (microgestión/micropartición),

la LGS establece que las Áreas de Salud deberán tener un órgano de Dirección (Consejo de Dirección del Área), en el que estarán las Corporaciones Locales, con una representación del 40% como mínimo, y otro de participación (Consejo de Salud de Área), constituido por representantes de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales con el 50% de sus miembros y de las organizaciones sindicales más representativas en una proporción no inferior al 25%.

Las principales funciones del Consejo de Salud son las siguientes:

- **Verificar** la adecuación de las actuaciones del área a las normas y directrices de la política sanitaria.
- **Analizar** los problemas de salud.
- **Establecer** prioridades de actuación.
- **Informar** del Plan de Salud y proponer medidas para el mismo.

### 6.8.1. La participación comunitaria en las Comunidades Autónomas

La Ley General de Sanidad (LGS) consideró a la **participación comunitaria** (artículo 58) como *uno de los principios fundamentales del ordenamiento sanitario*, que reguló a través de los Consejos de Salud de las Comunidades Autónomas.

La Ley General de Sanidad establece que las Comunidades Autónomas ajustarán sus competencias a criterios de participación democrática de todos los interesados, que formarán parte de sus órganos, como mínimo, los representantes municipales, los sindicatos y las organizaciones patronales, y que los municipios deberán estar presentes en los órganos de dirección de los servicios con un mínimo del 40% de los miembros de éstos.

Esta Ley establece una estructura del Sistema Sanitario público descentralizada en Servicios de Salud autonómicos, que deberán articular la participación ciudadana a través del Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma y en todos sus servicios sanitarios.

En general, la legislación autonómica otorga la posibilidad de participación en la política sanitaria (con nivel decisorio) a los representantes de las Corporaciones Locales en los dos niveles superiores de gestión (Comunidad Autónoma y Área Sanitaria), mientras que los agentes sociales (sindicatos, asociaciones vecinales, asociaciones de consumidores y otros agentes sociales y profesionales, como corporaciones profesionales, entidades científicas, universidades y organizaciones sectoriales de ciudadanos) ven su papel reducido a participar

en los órganos de seguimiento (no decisorio) de los tres niveles.

En todo caso, la existencia de una normativa específica no supone necesariamente su cumplimiento, por lo que puede decirse que hay un escaso desarrollo de la participación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

## 6.9. La participación comunitaria y su legislación en España

Durante el desarrollo de la enfermería comunitaria, las enfermeras y demás profesionales de la salud se han encontrado numerosos y diversos problemas a la hora de trabajar con la comunidad. Entre las dificultades más importantes es posible destacar la existencia de una estructura administrativa centralizada. Además, la escasa experiencia en la implementación de la participación comunitaria, o la falta de motivación para generar asociaciones, incluso su poca representatividad suponen un lastre para la evolución de la participación comunitaria.

Los mecanismos que sirven de enlace entre la comunidad y los centros de salud también son escasos, este hecho está fomentado principalmente por la carencia de formación en este tipo de instrumentos por parte de los profesionales.

Además la nula conciencia de responsabilidad propia, de responsabilidad en los autocuidados de la comunidad, hace que se mantenga el conocido perfil de *paciente pasivo*, en detrimento de una evolución hacia un *paciente activo* que quiere decidir por sí mismo sobre su propia salud y exija a su médico que tenga el rol de agente informador que ayude en la toma de decisiones.

La actitud de los profesionales sanitarios, anclada en muchas ocasiones en un modelo biologicista, hace que se den prioridades hacia los mecanismos que permitan seguir manteniendo una cómoda posición de liderazgo en la relación profesional-paciente, e incluso un rol paternalista y de dependencia en dicha relación. Un enfoque individualista en la atención asistencial a diferencia de aquél que considere las necesidades e intereses comunes de la comunidad, dificulta el desarrollo de la participación comunitaria.

Por último, el escaso número de organizaciones o asociaciones de usuarios, así como la mínima representativa y capacidad de decisión de los órganos de participación, dificultan el cambio hacia un modelo de participación comunitaria.



## 6.10. La intervención comunitaria

La **intervención comunitaria** es un *proceso intencionado en el que se pasa de atender individualmente a los pacientes, a desarrollar acciones sobre grupos definidos de la población, de la comunidad.*

Se pueden distinguir dos niveles de intervención comunitaria:

- **Nivel crítico:** si se actúa en una fase crítica en el proceso de salud-enfermedad de la persona.
- **Nivel ecológico:** si la actuación se produce en el entorno físico y social de la persona, en un proceso centrado en promoción de la salud.

En la Tabla 4 se indican las técnicas y los instrumentos utilizados según el nivel de intervención que se practique.

OFERTA DE SERVICIO	TÉCNICAS UTILIZADAS	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
<b>Nivel crítico</b>	Análisis sistémico	Atención domiciliaria
	Resolución de problemas	Consulta de enfermería
	Reformulación	Cualquier entorno físico adaptado a la técnica
	Educación para la salud	Cualquier entorno físico adaptado a la técnica
<b>Nivel ecológico</b>	Medios de comunicación	Estudios de comunidad
	<i>Lobbying</i>	Apoyo a la red social
	Consultas	Dirección y coordinación de programas
	Intervención en barrios	
	Refuerzo a los grupos	
	Sensibilización	
	Grupos de ayuda	
Tabla 4. Niveles de intervención comunitaria. Fuente: <i>Enfermería en Atención Primaria. Editorial DAE (Serie Cuidados Avanzados). Madrid, 2006</i>		

La **intervención comunitaria** puede tener como base una metodología cualitativa de manera que a este proceso se le conoce como **Investigación Acción Participativa (IAP)**. El objetivo general de la IAP es promover el cambio (individual, institucional y social) mediante la participación de las personas, grupos e instituciones que se encuentran en unas mismas condiciones sociales.

En la IAP, la investigación forma parte de la intervención y sus objetivos están supeditados a los de la intervención del

cambio que se persiga, por lo que se hace necesario, desde el inicio, la participación de los agentes sociales implicados en el cambio para decidir cuáles son los objetivos de la investigación, así como los métodos y las técnicas que se utilizarán para la recogida de la información.

La población objeto de estudio será también sujeto de la investigación mediante la participación de personas representativas de las instituciones comunitarias en todo el proceso de IAP.

En la medida que se investiga y se va obteniendo información relevante para los objetivos de la intervención, se van *devolviendo los resultados* a la Comunidad y se acuerdan objetivos y métodos de intervención consensuados entre técnicos y población.

Las técnicas de investigación cualitativa más pertinentes en la IAP provienen del campo de la antropología, sociología y psicología social, según se referencia en la Tabla 5.

TÉCNICAS CUALITATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>· La observación participante</li> <li>· Las entrevistas abiertas individuales o con grupos preformados</li> <li>· Grupos focales o grupos de discusión</li> </ul>
Tabla 5. Técnicas cualitativas más utilizadas en IAP

El uso combinado, denominado *triangulación de técnicas*, permite una mayor riqueza de la información de corte cuantitativo como pueden ser las encuestas, los datos de padrón, los registros epidemiológicos, los registros de recursos, etc.

Para los procesos de intervención, la IAP utilizará técnicas psicosociales y educativas especialmente relacionadas con el trabajo de grupos y con la intervención institucional. Así se pueden referir las siguientes técnicas:

- Grupos de trabajo para el consenso.
- Dinámicas de grupo para la motivación o el análisis de resistencias.
- *Role-playing* para el cambio de actitudes.
- Otras técnicas grupales para la educación para la salud. (*brainstorming*, resolución de problemas, etc.).
- Foros comunitarios y asambleas para la discusión.
- Grupos de autoayuda.
- Marketing social, etc.

Estas técnicas constituirán el conjunto de instrumentos habitualmente utilizado por la IAP. ■