

Actualización: Educación para la salud basada en la comunidad (primera entrega)

Community based health education

Nanci Giraudó* y Javier Chiarpenello**

Resumen

En los últimos siglos la medicina sufrió importantes transformaciones por las cuales podemos hoy distinguir dos vertientes: la medicina clínica y la medicina social. Esta última centró su mirada en un entorno ambiental y social, implicando un salto cualitativo importante y remarcando la importancia de la educación y la promoción de la salud como una práctica más del médico.

En esta primera entrega los autores desarrollan conceptos importantes, como ser: generalidades, principios y objetivos de la educación para la salud; fundamentos de las metodologías y técnicas participativas, estrategias para optimizar la efectividad de una intervención comunitaria, así como los principios de la organización comunitaria. En una segunda entrega se completará esta actualización abordando temas como: planificación, diagnóstico de situación y selección de estrategias educativas; el diagnóstico de los procesos administrativos; la evaluación global del proceso implementado, así como también las condiciones para el éxito de una intervención o programa educativo.

Abstract

In recent centuries, medicine underwent major transformations allowing the identification of two branches: clinical medicine and social medicine. The latter focused its attention on environmental and social aspects, involving a major leap forward and highlighting the importance of education and health promotion as an additional medical value.

In this first issue the authors develop important concepts, such as: health education general principles and objectives; participatory methodologies and techniques; strategies to optimize the effectiveness of community interventions, and community organizational principles. In a second and final issue authors will expand on related concepts such as: planning, situational diagnosis, educational strategies selection, diagnosis of administrative processes, the overall assessment of implemented processes, as well as the needed conditions for reaching success on educational interventions.

Palabras clave: educación para la salud, salud comunitaria, promoción de la salud.

Key words: health education, health community, health promotion.

Giraudó N, Chiarpenello J. Educación para la salud basada en la comunidad (primera entrega). Evid Act Pract Ambul Oct-Dic 2011;14(4):142-148

Introducción

Resulta interesante hacer una breve reseña histórica de la evolución de la medicina desde los orígenes, hasta la medicina social o comunitaria, para introducirnos progresivamente en el desarrollo de la educación y la promoción de la salud.

Si evaluamos las teorías y prácticas que predominaron en la medicina científica desde el Renacimiento hasta nuestros días, podemos apreciar dos entidades bien diferenciadas: la medicina clínica y la medicina social. Ambas con distintos paradigmas, a la primera la domina el individual restrictivo y a la segunda, el social expansivo. Su génesis representó una evolución de aproximadamente 350 años (desde fines del 1400 hasta mediados del 1800).

Paradigma individual restrictivo

Durante el renacimiento, las prácticas desarrolladas por científicos de la talla de Von Hohenheim, Vesalio, Copérnico, Sydenham, junto con las reflexiones de filósofos como Bacon, Descartes y Locke, permitieron encontrar explicaciones no sobrenaturales a las manifestaciones patológicas.

Durante este período, que se extendió desde principios del siglo XVI hasta fines del XVII, se consolidó el pensamiento médico-científico, que se desarrolló alrededor de la enfermedad y desde un punto de vista clínico. Este paradigma implicó que la práctica médica quedara enfocada en el hombre enfermo, descontextualizado de sus pensamientos. Considera al hombre aislado de su contexto y trata de explicar a la enfermedad desde un marco teórico biológico o psicológico. Este último irrumpe en la historia en el año 1600 cuando el médico George Stahl elabora el concepto de lo inconciente, incorporándolo en la causalidad de las dolencias. Este modelo tran-

scurre durante todo el siglo XVIII y culmina en el siglo XIX con los aportes de figuras de la envergadura de Pasteur, Koch, Metchnikoff, Breuer y Freud.

Paradigma social expansivo

Bernardino Ramazzini en Italia en el 1600 y Johan Peter Frank en Alemania y Australia en el 1700 introducen una concepción diferente de la medicina, ubicando al hombre dentro de un contexto social. Fue este último quien demostró la importancia y "responsabilidad que le compete al Estado en el cuidado de la salud de la población".

Estos cambios de perspectiva junto a conceptos como los de Ramazzini, quien afirmaba que para comprender y solucionar la enfermedad de una persona, se debía observar su lugar de trabajo, hicieron que la mirada de la medicina no se centrara en un individuo, sino en un entorno ambiental y social, implicando un salto cualitativo importante.

Hacia 1774, en Estados Unidos, Benjamín Russ y col. comenzaron a indagar y hacer evidente que el proceso salud-enfermedad está relacionado al contexto socio-político. A mediados del siglo XIX en Europa, médicos como Neumann, Virchow y Leubuscher en Alemania, Trackrah y Chadwick en Inglaterra, Villermé y Guerin en Francia, incorporaron y profundizaron los conceptos de que la ciencia médica es esencialmente una ciencia social y de que la medicina social es el nuevo modo de entender la salud.

Estas líneas de pensamiento se consolidaron a principios de 1900 con especialistas como Meynne, Reich, Rettenkofer, Griegel, Rohlf, Mosse y Grotjahm, entre otros; surgiendo así un nuevo modelo de salud al que se lo denominó "social expansivo", debido a que busca explicar los fenómenos emergentes del proceso salud-enfermedad, partiendo del supuesto de que

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. nanci.giraudó@hospitalitaliano.org.ar

** Médico Generalista y de Familia. Médico Endocrinólogo. Hospital Centenario de Rosario. jchiarpenello@hotmail.com

al ser humano no se lo puede separar de su situación socio-económica, psicosocial y cultural (familia, escuela, lugar de trabajo, redes sociales, etc.).

El Informe de Lalonde (Canadá, 1974) supuso un nuevo avance, con la introducción del concepto de campo de la salud y sus cuatro grandes grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los cuidados médicos. La importancia relativa de cada uno de estos grupos, por supuesto, no es la misma, siendo los factores del medio ambiente y los estilos de vida, los que muestran una mayor influencia sobre la salud.

Los “nuevos” problemas relacionados con la salud de las sociedades industriales –enfermedades crónicas, discapacidad, enfermedades mentales, cáncer, accidentes, toxicomanías y problemas no infecciosos– muestran claramente que se trata de procesos complejos en los que intervienen factores de origen biológico, pero también sociales, económicos y culturales. Esto, junto al aporte de la epidemiología (surgida también a mediados del siglo XIX) dio por resultado el cambio del orden de prioridades, “privilegiando la protección y promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad por sobre la atención de la enfermedad ya desencadenada”.

La educación y la promoción de la salud

Es a partir de todos estos importantes cambios conceptuales que se empieza a hacer hincapié en la importancia de la educación y la promoción de la salud como una práctica más del médico, la que comienza a desarrollar un rol cada vez más amplio e importante desde su origen hasta nuestros días.

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá 1986) la definió como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su salud y así poder mejorarla”. Estableció áreas de acción en las que se basa una estrategia racional de intervención sobre el sistema sanitario dirigida a mejorar el nivel de salud de la población. Ver cuadro 1.

Según la OMS, la promoción de la Salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades se sitúan en condiciones de ejercer un mejor control sobre los determinantes de la salud. La educación para la salud (EPS) no sería más que un instrumento insustituible para avanzar en la consecución de esos fines.

La EPS es un proceso de formación y de capacitación de las personas con el fin de que adquieran los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual, familiar y colectiva. Es decir, un intento de responsabilizar y preparar al individuo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más saludable posible y conductas positivas de salud. Se trata de un proceso, hecho con, por y para la gente.

Si bien la EPS es una práctica antigua, ha variado sustancialmente en su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud. La EPS ha evolucionado desde un concepto de salud como de “no-enfermedad” hacia otro mucho más amplio y complejo, que considera a la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso desde este concepto negativo de la salud hacia una visión positiva ha conducido a un movimiento, según el cual, las acciones deben estar dirigidas a fomentar estilos de vida saludables, en contraste con el enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico de la tradicional denominación Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EPS). Así pues, la EPS tiene como objeto promover la salud de las

personas y se la puede considerar desde dos perspectivas, una preventiva y otra de promoción de la salud.

En este sentido, decimos que la educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y a la comunidad en dueños de su propio destino, y en constructores de alternativas y soluciones.

Cuadro 1: áreas de acción de la promoción de la salud definidas en la Carta de Ottawa (1986).

1. Definir políticas saludables.
2. Crear entornos favorables a la salud.
3. Reforzar la acción comunitaria.
4. Desarrollar habilidades personales.
5. Reorientar los servicios de salud.

La perspectiva preventiva

Desde el punto de vista preventivo, la EPS actúa capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, incentivando la participación voluntaria de la gente o del usuario en los sistemas de salud, con el objetivo de definir sus prácticas de salud, o bien, para evitar sus posibles consecuencias.

La perspectiva de promoción de la salud

La promoción de la salud intenta capacitar a la población para que ésta pueda adoptar formas de vida saludables, lo que puede traer implícito el cambio de alguna conducta. Dicho cambio debe ser comprendido y acordado entre los profesionales de la salud y la comunidad. Además, las recomendaciones adoptadas deben ser necesariamente compatibles con los diferentes valores y conocimientos que poseen las personas o comunidades involucradas en el cambio. Esta revolución ideológica ha llevado como consecuencia a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

Principios de la educación para la salud

El principio de beneficencia tiene que ver con la educación y la provisión de las herramientas necesarias para que una persona pueda obtener el mayor beneficio para su salud.

El principio de autonomía tiene que ver con la capacidad de decidir sobre su salud que tienen las personas, si es que están educadas.

El principio de equidad sostiene que, a una igual necesidad en salud que tienen dos o más personas, debiera existir igual oportunidad de resolución.

Objetivos de la educación para la salud

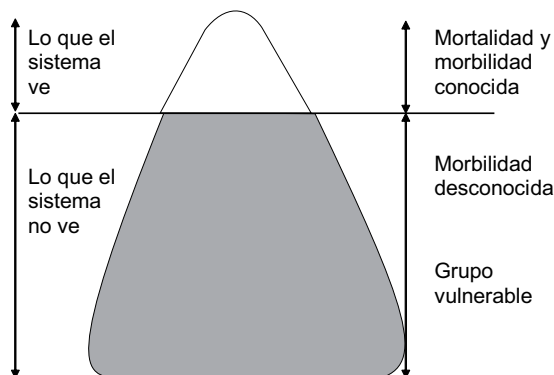
1. Lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad.
2. Ofrecer conocimientos y capacidad práctica para generar comportamientos saludables.
3. Integrar en la práctica habilidades para el trabajo con grupos y en la comunidad.
4. Favorecer la correcta utilización de los servicios sanitarios.
5. Promover el análisis, la reflexión y la investigación sobre los factores que intervienen en los comportamientos.
6. Orientar la utilización de los instrumentos y los medios de apoyo a favor de la salud.

Si se analiza históricamente la implicancia en el cuidado de la salud de la gente por parte de los sistemas sanitarios del mundo, se observa que la mayoría se ha dedicado y se dedica a asistir aquella porción de la población que acude a dicho sistema -la morbilidad conocida- quedando fuera del sistema una gran cantidad de afecciones o riesgos no reconocidos/os por la gente. Es decir, que hoy en día, muchos países desarrollados orientan sus servicios médicos a resolver los problemas de salud inmediatos, es decir a “curar” y no a prevenir.

Sin embargo y en comparación a lo que los sistemas de salud pueden ver, los problemas de salud de la población suelen ser muchos más amplios y complejos. Esto nos hace lamentar la ausencia de la toma de acciones inherentes a la atención primaria, entendidas como aquellas acciones tendientes a evitar la aparición y/o desarrollo de determinadas problemáticas de salud en una comunidad. Tal vez, sea porque estas medidas en general, expresan su impacto a mediano o largo plazo y esto no suele ser “redituable” en términos electorales para las figuras políticas que se encargan de la gestión durante esos pocos años, situación que se repite constantemente en nuestra región y especialmente en Argentina.

Como se observa en la figura 1, los problemas de salud no sólo constituyen la parte visible del iceberg, es decir aquellos pacientes que consultan al sistema, sino también su parte oculta —aquellos pacientes que no acuden al sistema, así como aquellos que aun estando sanos son vulnerables por los factores de riesgos a los que están expuestos. Vulnerabilidad que podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema, mediante actividades de promoción y prevención. Por lo tanto, podemos concluir diciendo que el sujeto de intervención de un sistema de salud es toda la población y no solo la parte visible. El cuadro 2 resume los ámbitos donde puede realizarse promoción de la salud.

Figura 1: el iceberg de la enfermedad



Cuadro 2: ámbitos donde puede realizarse promoción de la salud.

- Comunidad
- Medios de comunicación
- Adultos
- Escuelas
- Fuera del sistema (ej. desescolarizados o desempleados).
- Lugares de trabajo –salud laboral–
- Consulta médica –consejería–
- Pacientes crónicos
- Personas con problemas de drogodependencia
- Hospitales

Tipos de intervenciones educativas

Las intervenciones educativas pueden ser individuales (ej. “consejo médico”) grupales (ej. talleres con pacientes diabéticos en un centro de salud) y comunitarias (ej. Proyecto Karelia del Norte, desarrollado en Finlandia a partir de la década del setenta). Estas últimas, se refieren al trabajo extramural, es decir en el seno de la comunidad (ej. en una escuela, en un comedor escolar, en la casa de una persona de la comunidad, en un municipio, etc.).

Las intervenciones de educación para la salud se pueden realizar en los tres niveles de prevención: primario (higiene) secundario (detección precoz) y terciario (terapéutico o de rehabilitación).

En general, a los médicos nos cuesta realizar intervenciones comunitarias debido a que la formación comúnmente es hospitalaria y en menor proporción en un centro de salud o en consultorio, y con escasa o nula formación en trabajo comunitario. Implícito en esto, en países como Argentina, la elevada carga horaria asistencial, la evaluación de los profesionales por su productividad –por ejemplo, el número de pacientes atendidos por hora sin que importe muchas veces la calidad de dicha atención-, la falta de reconocimiento financiero de las actividades de promoción y educación para la salud; hacen que el profesional de la salud tenga más de un lugar de trabajo para acceder así a una mejor remuneración y contribuyen a que las intervenciones de EPS queden absolutamente relegadas.

Además, existe el mito de que la práctica en el consultorio –consejería médica– es más efectiva que aquella realizada en el seno de la comunidad, cuando la evidencia afirma lo contrario respecto de los resultados en prevención. Debemos considerar además que, al menos en sus comienzos, las intervenciones comunitarias implican en general mayor tiempo y dedicación.

Por ejemplo, la planificación e implementación de talleres de educación y cuidados para pacientes con diabetes a lo largo de un año implica varios pasos: la detección y convocatoria de los pacientes; la planificación, preparación y ejecución de los talleres, más las evaluaciones pertinentes).

Sin embargo, está demostrado que es mucho más costo efectivo para el profesional, para los pacientes y para el sistema de salud, la realización de talleres para aprender el plan alimentario de los pacientes diabéticos (incluso por el enriquecido intercambio entre los pacientes que esto genera) que la actividad individual desde el consultorio.

La diferencia entre estas dos intervenciones radica en que las de tipo comunitario tienen un mayor impacto, tanto individual como poblacional. Un ejemplo, es el Proyecto Karelia del Norte, en que luego de 25 años de intervención, se redujo la mortalidad en hombres de 35 a 64 años, por enfermedad cardiovascular (73%) por accidente cerebrovascular (68%), por cáncer pulmonar (71%) y por todas las causas (50%).

Este tipo de abordaje hace que la gente no se sienta sola en su enfermedad dado que el compartir con pares disminuye la angustia en cuanto a su padecimiento y por ende, aumenta su autoestima y el poder de resolución. Es aquí, donde radica lo enriquecedor de este tipo de actividades, que a la larga hace también que a los profesionales de la salud les resulte más atractivo y menos desgastante trabajar bajo este marco que el trabajo individualizado en el consultorio.

Fundamento de las metodologías y técnicas participativas

Una metodología es el conjunto de pasos que trata de llegar a

un resultado concreto. Las metodologías participativas buscan fomentar en las personas las diferentes formas de adquirir conocimientos (intuitivo y racional) y permite tener una visión amplia de la realidad.

A continuación nos dedicaremos a desarrollar algunas de las estrategias para realizar un trabajo comunitario y los fundamentos para elegir alguna técnica participativa.

Las técnicas participativas, llamadas también técnicas de educación popular, son sólo herramientas que están en función de un proceso de formación u organización comunitaria.

Consideramos que las técnicas deben ser realmente participativas para que generen y promuevan un proceso de auto aprendizaje y como consecuencia, un verdadero cambio actitudinal.

¿Qué significa que una técnica sea participativa?

Una técnica es realmente participativa cuando permite la creación colectiva del conocimiento -y sus implicancias prácticas- y cuando todos los “destinatarios” son partícipes en su elaboración.

Las metodologías participativas se fundamentan en dos pedestales básicos: 1) no son producto de una moda ni de la “época moderna” ya que han recorrido un largo trayecto histórico; 2) no están diseñadas con el único fin de ser divertidas, sino que existe un fundamento neurofisiológico y pedagógico que recomienda su uso.

Se considera que las metodologías participativas dan mejores resultados cuando los grupos interesados tienen una conducción sólida y un liderazgo innovador, de ahí la importancia de una correcta y profunda capacitación de quienes cumplen con este rol. Asimismo, la mejor metodología para planear o administrar un proyecto específico es la que responde a los objetivos, valores y capacidades personales de los participantes que forman parte de un proceso. Significa que siempre se debe partir desde “la práctica” o sea de lo que la gente sabe, vive y siente; es decir, de las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en sus vidas o en sus comunidades.

Significa desarrollar un proceso de teorización o problematización sobre esa práctica, no como un salto a lo teórico sino como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes, que permita ir descubriendo los elementos teóricos e ir profundizando en el conocimiento de acuerdo al nivel de avance del grupo. El proceso de problematización debe permitir siempre regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla; es decir, regresar con nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial, la situación o el sentir del cual partimos, pueda luego ser entendido y explicado en forma integral y científica.

Tipos de técnicas y recomendaciones generales

Las técnicas participativas están compuestas por diferentes actividades: técnicas dinámicas de grupo, sociodramas, adecuación de juegos populares con fines de capacitación, uso de títeres, videos y dibujos; así como cualquier otro medio que tenga como objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud conciente y duradero en los participantes, y que conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas.

Una técnica puede tener múltiples variantes y procedimientos. Puede ser aplicada con diferentes participantes, en diferentes situaciones o para diferentes objetivos. Con la finalidad de comprender mejor la importancia de las técnicas participativas y los objetivos que se persiguen con las mismas, a conti-

nuación señalamos dos clasificaciones, una que las clasifica según los sentidos que utilizamos para comunicarnos, y otra según los objetivos que estas persiguen.

Clasificación según los sentidos que utilizamos para comunicarnos

a) Técnicas o dinámicas vivenciales, que se caracterizan por crear una situación ficticia donde las personas se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas. Se trata de una situación denominada “problematización”, y pueden utilizarse para animar o para realizar un análisis. Ejemplos de estas técnicas son “Figuras Partidas o Presentación por Parejas” y “Juego de la Memoria”, respectivamente.

b) Técnicas con actuación, que se caracterizan por la expresión corporal, a través de la cual se representa situaciones de comportamiento y formas de pensar, por ejemplo el sociodrama, los juegos de roles, el cuento dramatizado, los títeres, etc.

c) Técnicas auditivas y audiovisuales, que se caracterizan por el uso del sonido o de su combinación con imágenes, por ejemplo el “Radio-drama”, el “Diapo-drama”, la “Proyección de Vídeos”, etc. Estas técnicas permiten aportar elementos de información adicional y/o enriquecer el análisis y la reflexión sobre algún tema.

d) Técnicas visuales, que son las técnicas escritas y las técnicas gráficas. Las primeras se refieren a todo material que utiliza la escritura como elemento central (por ejemplo “Papelógrafo” o “Trabajo de Grupos”) cuya característica es que el producto final es el resultado directo de lo que el grupo conoce, piensa o sabe de un determinado tema. Las técnicas gráficas se refieren a todo material que se expresa a través de dibujos y símbolos, por ejemplo “Mapas Parlantes”, “Dibujos”, “Afiches”, etc.

Clasificación según los objetivos de las técnicas

Técnicas o dinámicas de presentación y de animación: permiten que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Generalmente estas técnicas son dinámicas vivenciales, porque participan todos los participantes de un evento. Como ejemplos, se indican a las figuras partidas (o presentación por parejas) desgranando maíz, la telaraña, etc.

Técnicas rompehielos o de animación: tienen la finalidad de mantener una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Ejemplos de estas técnicas son, “El barco se hunde” y “La moneda”, etc. Se caracterizan por ser técnicas activas en las que se incluye el humor y permiten relajar a los participantes e involucrar al conjunto.

Técnicas o dinámicas de análisis y profundización: son vivenciales, de actuación, audiovisuales y visuales. Permiten analizar y reflexionar con mayor profundidad los conocimientos sobre un tema en desarrollo. Dan paso a los participantes a asimilar y comprender más objetivamente la importancia de un tema cualquiera, además de permitir a que los mismos expresen ideas propias sobre el tema. Entre ellas se destacan los “Mapas Parlantes”, la “Caja de Erosión” y el “Juego de la Memoria”.



Técnicas o dinámicas de evaluación: permiten evaluar algunos indicadores de un evento desarrollado, con la finalidad de mejorar a futuro la organización de eventos similares. Entre los indicadores evaluados figuran la participación de los asistentes, los métodos y las técnicas empleadas, la actuación de los técnicos, la claridad y comprensión de los temas y el interés despertado por ellos. Las opiniones de los participantes giran alrededor de las cosas que les gustaron y que no les gustaron, las cosas que propondrían mejorar o incorporar, la utilidad del evento y el compromiso o actitud que tomarán como consecuencia del mismo. Ejemplos de estas técnicas son los “Rostros”, la “Pelota Preguntona” y el “Correo”. Cabe mencionar que las técnicas pueden surgir desde los participantes y le compete al coordinador tratar de adaptarlas para obtener los mayores beneficios en pos de los objetivos a cumplir.

Aplicación de una técnica

Antes de la aplicación de una técnica es necesario hacer mención de algunas consideraciones generales:

Cantidad de participantes: las recomendaciones pedagógicas indican que las técnicas participativas tienen mejores resultados cuando se trabaja con grupos no mayores a 40 personas. Género y escolaridad: todas las técnicas han sido utilizadas indistintamente con varones y mujeres.

Características del coordinador o técnico: para que la aplicación de una técnica sea efectiva en su sentido pedagógico, es imprescindible que el coordinador siempre se haya contestado las siguientes preguntas claramente:

1. ¿Qué tema vamos a trabajar?
2. ¿Cuál es el objetivo que se quiere lograr y para qué?
3. ¿Con quiénes se va a trabajar?

Una vez respondidas estas preguntas, es necesario que el coordinador detalle el procedimiento que va a seguir en la aplicación de la técnica elegida, además de conocer el tema que va a trabajar.

Se recomienda que el coordinador no olvide que los objetivos principales de las técnicas participativas son lograr la participación, la animación y/o la integración de los participantes y/o hacer más sencilla la comprensión de un tema o contenido desarrollado.

Sugerencias para la discusión de una técnica

Al aplicar una técnica es fundamental tener presente y explicar a los participantes cuál es la motivación inicial para centrarnos en el tema. Una vez concluido el uso de cada técnica y de acuerdo al tipo de la misma, el coordinador debe empezar a plantear a los participantes y en forma secuencial, las siguientes preguntas:

- ¿Qué escuchamos? (técnicas auditivas)
- ¿Qué vimos? (técnicas audiovisuales)
- ¿Qué sentimos? ¿qué paso? (técnicas vivenciales)
- ¿Qué leímos y/o qué pensamos? (técnicas gráficas o escritas)

El objetivo de estas preguntas es permitir un primer ordenamiento colectivo reconstruyendo o recordando los principales efectos del tema tratado, para luego pasar a una segunda etapa que podríamos resumir en las siguientes preguntas:

- ¿Qué pensamos?
- ¿Qué relación tiene lo que pensamos con la realidad?
- ¿Qué conclusión podemos sacar?
- ¿Cómo resumimos lo discutido?

Estas sugerencias de discusión sobre las técnicas deben ser asumidas con creatividad y de manera flexible, permitiendo llevar a cabo un proceso educativo participativo y sobre todo profundo y sistemático.

Marco teórico para optimizar la efectividad de una intervención comunitaria

La Atención Primaria de la Salud (APS) fue reconocida como una estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000 por 134 países y 67 organismos internacionales en la declaración adoptada en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978. Allí se señaló que la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo de las personas, y constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria (Declaración de ALMA-ATA 1978).

Así, la APS se presentó como parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal. La APS plantea, como indispensable, la provisión universal del siguiente paquete de servicios: educación sanitaria y promoción para la salud; suministro de agua potable, nutrición, atención materno-infantil, inmunizaciones, salud mental, prevención y control de enfermedades endémicas locales, y el tratamiento de emergencias y traumatismos comunes.

Ciertamente, el logro de este paquete involucra necesariamente apoyo político, abordaje intersectorial y participación comunitaria. De lo mencionado se pueden identificar como principios rectores de la estrategia de APS a la equidad, la cobertura universal de servicios básicos de salud, el abordaje multisectorial, la participación comunitaria y la promoción y prevención de la salud. En este marco, la participación constituye uno de los principales ejes de la estrategia, en la medida que requiere y proporciona el desarrollo comunitario con “participación en la planificación, organización, desarrollo y control, haciendo un uso más completo de los recursos disponibles locales y nacionales; promoviendo una formación apropiada de las comunidades para participar” (Declaración de ALMA-ATA 1978).

Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) constituyen la puerta de entrada natural de los usuarios del sistema. Sin embargo, si bien ellos debieran ser el primer eslabón en la cadena de acceso a la salud, su falta de adaptación a las demandas y necesidades de su población beneficiaria limita su efectividad, afectando principalmente a los sectores menos favorecidos económicamente.

Por este motivo, la estrategia de APS cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y las instituciones prestadoras de esos servicios. El cambio fundamental implícito en APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objetos pasivos de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella.

Se considera comunidad a un grupo de personas que tienen algo en común, que comparten un espacio social, histórico, cultural y geográfico determinado, y que tienen una serie de valores e intereses en común. Pero en la vida real, las personas que viven en un mismo lugar no son iguales, no siempre comparten los mismos intereses y, pueden no llevarse bien. La mayoría de las comunidades no son homogéneas. Muchas veces, una comunidad es un pequeño reflejo local de la

sociedad más grande o del país en el que está inserta. En toda comunidad existen factores de armonía e intereses compartidos, pero también hay conflictos, ambos con efectos sobre la salud y el bienestar de la gente. Para realizar un trabajo comunitario eficaz, se necesita tener en cuenta todos estos aspectos, entendiendo así "la estructura de una comunidad".

La participación comunitaria en salud, requiere que la salud sea reconocida como un derecho, que los ciudadanos puedan y quieran ejercer su ciudadanía, y que dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por los servicios institucionalizados de atención médica reparativa y orientada a enfermedades específicas. Es decir, que para que exista participación es indispensable la intervención y la colaboración de la comunidad en el trabajo de los centros de salud.

Los mecanismos de participación comunitaria son medios e instrumentos necesarios que canalizan la influencia de la sociedad en los servicios de sanitarios, con el objetivo de abordar los problemas de salud bajo una concepción bio-psicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad.

Por otro lado, también tenemos que plantear que la participación comunitaria no puede estar acotada a una estrategia de intervención para el exclusivo logro de actividades sanitarias, por más justificadas que estas sean. La participación comunitaria es indispensable para el logro de cualquier derecho, lo que presupone un compromiso, una filosofía y una ética por la vida que terminan permeando el desarrollo de nuestro trabajo y no al revés.

Como agentes de salud en atención primaria, si nos proponemos generar y potenciar un espacio de participación, tenemos que comenzar por abrirnos para conocer a los otros. Por este motivo y para comenzar, las siguientes preguntas nos van a ayudar: ¿qué efecto tienen las necesidades, los factores socioculturales, históricos, económicos y los recursos sobre la salud y el bienestar de la población?, ¿cómo podemos trabajar con estos datos, usando algunos elementos, cambiando o reorganizando otros, para mejorar la salud y el bienestar de una comunidad?

Es fundamental conocer la historia, el contexto, los distintos escenarios, las condiciones en las que se desarrollan las vidas de los habitantes de una comunidad, así como las organizaciones existentes. También es importante tratar de entender sus modalidades de agregación, conocer la preexistencia de redes y en cada espacio poder identificar quien es quien, cuales son los intereses y la distribución de los poderes. Es decir debemos constituirnos como una parte más de la comunidad en la que nos desenvolvemos o pensamos hacerlo.

Más allá de todo esto que suena muy bonito, como técnicos en salud tenemos que estar dispuestos a aceptar otras pautas culturales y valorar otros saberes. En tal sentido y desde la historia del sector salud, desde el rol establecido, desde la hegemonía depositada en y por el imaginario colectivo, tenemos que estar dispuestos a revisarnos y a cambiar. Tenemos que ser capaces de revisar los procesos de trabajos instituidos a la luz de querer enriquecer nuestra relación con la comunidad y más aun si queremos formar parte y ayudarlos en algún tipo de cambio al que estén dispuestos. En la medida que la población ve y siente que nos comprometemos con sus problemáticas, ellos mismos son quienes se nos abren y brindan plenamente, repercutiendo directa y positivamente en los resultados buscados.

A este proceso de considerar todas estas premisas e inquietudes se lo llama análisis comunitario o diagnóstico de la comunidad. Cuando se dan todas las condiciones mencionadas

podríamos llamarlo "diagnóstico hecho por y para la comunidad".

Principios de la organización comunitaria

Los principios de la organización comunitaria se enumeran a continuación:

- Las comunidades pueden desarrollar su capacidad para resolver sus propios problemas.
- Las personas quieren y pueden cambiar.
- La gente debe participar en los cambios que se realicen en sus comunidades.
- El auto-desarrollo de una comunidad tiene un significado que no tienen los cambios impuestos.
- Para un buen trabajo comunitario hay que hacer un abordaje "integral" del problema.
- La democracia requiere participación y acciones de cooperación en los asuntos de la comunidad, y las personas tienen que prepararse para hacer esto posible.
- Las comunidades y los individuos necesitan ayuda externa (técnicos) para afrontar la solución de sus problemas y sus necesidades.

Cuando pensamos en la participación comunitaria como un medio o un instrumento para la promoción y educación para la salud, es importante no pensar sólo en el resultado, sino que, también debemos concentrarnos en todo el proceso de aproximación y reconocimiento por parte de la comunidad, etapa donde los beneficios que obtendremos son tan enriquecedores como los resultados en sí mismos.

Entre estos, hay un beneficio pragmático que hace que sea más fácil la aplicación de nuestro método; otro ideológico, que hace aumentar las posibilidades de que los ciudadanos se sientan comprometidos y sientan como suyos el desarrollo comunitario; y otro ecocéntrico, que hace que el conocimiento del proceso mejore la calidad y eficacia de nuestra intervención comunitaria, lo que nos ayuda a transmitir dichas experiencias a las próximas generaciones.

Toda intervención comunitaria que se considere como tal y cuyo fin sea obtener cambios beneficiosos, requiere necesariamente de una evaluación previa de las personas y del medio ambiente en el cual están inmersas. La idea es visualizar la necesidad y llevar luego a cabo programas o intervenciones capaces de demostrar que las personas pueden mejorar sus habilidades para hacer frente a diferentes situaciones de salud o condiciones sociales que van aconteciendo a lo largo de sus vidas.

Una buena forma de encarar esta intervención y de garantizar en parte su efectividad, es ver a la comunidad como receptora de la intervención; y como socios colaborativos a los investigadores y a los técnicos. De esta manera, todas las partes pondrán lo mejor de cada una para obtener beneficios prácticos y reales para ambos, y no meras utopías que terminen por agotar las ganas de prosperar en este trabajo.

Lamentablemente, muchas veces nos presentamos a la comunidad como elitistas o como únicos conocedores del saber y preocupados en obtener sólo lo que nos interesa de la intervención (los resultados) descuidando la existencia de otros roles alternativos y enriquecedores tanto para la comunidad como para el equipo de salud, y haciendo que todo el esfuerzo sea un mero compromiso para que las cosas sigan igual. Por lo tanto, si queremos y apostamos a crear espacios de pluralidad y a enriquecer los procesos democráticos para construir salud, tenemos que despojarnos de la idea de ser el centro del

conocimiento en que nos han puesto y desde el cual estamos acostumbrados a funcionar. Tenemos que rever con mayor objetividad los procesos y alcances de nuestra formación como médicos, tenemos que poder hacer el esfuerzo de alejarnos de la soberbia del conocimiento que nos imprimieron a lo largo de nuestra formación y tenemos que estar abiertos a escuchar y a cambiar; todos requisitos indispensables para este arduo e interesante trabajo que queremos encarar.

A continuación enumeramos las condiciones básicas para lograr una participación favorable de la comunidad:

- Una comunidad organizada y con capacidad para realizar acciones comunes.
- Habilidades para identificar y formular sus propias necesidades.
- Un clima político favorable.
- Una actitud favorable del personal de salud hacia la participación de la comunidad.
- Personas que intermedien entre la comunidad y los profesionales de la salud.
- Exigencia de objetivos precisos.
- Coordinación intersectorial.

Y algunos falsos supuestos acerca del trabajo comunitario:

- Considerar a las comunidades como si fueran realidades homogéneas con intereses compartidos (recordar que existe el consenso y la cooperación pero también el conflicto y la disociación).
- Una concepción ingenua acerca del comportamiento y las conductas de las personas cuando se les proponen acciones de bien público.

- Que las necesidades, problemas e intereses comunes alcanzan en sí mismos para transformarse en factores movilizadores.

- Que existen líderes comunitarios autoritarios y manipuladores que deciden la actuación de su gente.

La metodología a utilizar depende del ámbito en el que nos desarrollemos, con lo cual queremos decir que no existe una forma explícita o receta de cómo llevarla a cabo y que abarque todos y cada uno de los campos laborales, así como las diferentes culturas y comunidades. Como guía sugerimos tener en cuenta las siete cualidades que Jim Nelly propuso en 1977 a los psicólogos comunitarios y que tanta aplicabilidad tiene en nuestros días. Ver cuadro 3.

Cuadro 3: cualidades propuestas por Jim Nelly en 1977 a los psicólogos comunitarios.

1. Desarrollar una competencia claramente identificable.
2. Desarrollar una identidad personal que sea parte de la comunidad.
3. Ser tolerante a la diversidad de los individuos y los medios comunitarios.
4. Aprender a arreglárselas con recursos comunitarios variados y cambiantes.
5. Comprometerse con la asunción de riesgos en el trabajo comunitario.
6. Equilibrar la paciencia con el entusiasmo.
7. Dejar de lado "la figuración" y no buscar la notoriedad y el aplauso con el trabajo comunitario.

Recibido el 13/12/2011 y aceptado el 20/12/2011

