

La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario

Agustina Hervás de la Torre

Diplomada en trabajo Social, Jefa de Sección de Unidad de Trabajo Social Hospital. Sevilla

Esta investigación forma parte de la tesina final presentada en el Postgrado de Trabajo Social Sanitario de la Universidad Oberta de Cataluña (UOC) año 2010. La dirección de dicha tesina fue realizada por la profesora Dolors Colom Masfret

Resumen

El estudio analiza algunos de los planes de participación que se están llevando a cabo en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) en función del tipo de participación que realmente realizan, diferenciando entre lo que es Participación Ciudadana, Participación Comunitaria e Intervención Sanitaria en la Comunidad, términos que habitualmente se utilizan de forma indistinta.

Para ello se define: qué es participar, qué es participación ciudadana, participación comunitaria y cómo se orienta desde el trabajo social sanitario comunitario.

Se analizan 11 experiencias presentadas en las Jornadas de Participación en el Sistema Sanitario Público Andaluz, celebradas en noviembre de 2008 en Granada en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y las organizadas por el SAS en mayo de 2009 en Huelva. Basando dicho análisis en la comprobación del cumplimiento, en cada experiencia, de las características que para la Participación Comunitaria en Salud describe la SEMFyC, en su “Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español”.

Palabras Claves

Participación comunitaria. Trabajo Social Sanitario. Trabajo Social Comunitario. Participación Ciudadana.

1. INTRODUCCIÓN

La participación de los ciudadanos y el público en el proceso de toma de decisiones en los sistemas sanitarios y como llevarla a cabo, ha sido recomendada por expertos, asociaciones y organismos internacionales como la OCDE (2001)¹, la OMS y el Consejo de Europa. Dichos organismos subrayan la necesidad de que los sistemas de salud pongan su atención sobre las personas y permitan que la voz y las preferencias de los ciudadanos tengan influencia sobre cómo están diseñados y cómo funcionan los servicios de salud.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) se hace eco de estas recomendaciones para reforzar la confianza del ciudadano en la Sanidad Pública, considerándolo además como el centro del Sistema. Entre sus objetivos incorpora la participación ciudadana mediante el desarrollo de planes estratégicos de participación que en diversos dispositivos del Sistema se han iniciado en la actualidad.

En este estudio se analiza como son los planes de participación que se están llevando a cabo en el SAS y si realmente se da una participación comunitaria o se confunde con una intervención del sistema sanitario en la comunidad, realizando sus intervenciones fuera de su propio recinto sanitario.

Para comenzar es preciso definir claramente los conceptos, qué significa participar, qué es participación ciudadana, que es participación comunitaria y cómo se orienta desde el trabajo social sanitario comunitario y porque la necesidad actual de participar.

El Diccionario de la Academia Española de la Lengua remite el término **participación** al verbo *participar*, entre cuyos significados señala el tomar o tener parte en algo, así como compartir (ideas, opiniones,...) con otras personas.

Los gobiernos consideran que el creciente interés por las diversas formas de participación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones políticas y técnicas, se debe a una serie de hechos, entre los que destacamos:

- los ciudadanos están cada vez mejor educados, informados y organizados y pueden acceder a la información sobre temas de su interés en cualquier parte del mundo en tiempo real.
- son más críticos con las opiniones de los expertos y las autoridades, y pueden movilizarse rápidamente sobre un tema político utilizando las nuevas tecnologías.

Gobernar ahora resulta más complicado, en un mundo cada vez más interconectado, competitivo, multilingüe, multicultural, desigual y tecnológicamente avanzado, diverso y complejo, donde coexisten diversidad de sistemas de valores, tradiciones, gustos, preferencias y oportunidades. En este clima, la falta de receptividad de los servicios públicos resulta más evidente, así como también el denominado “déficit democrático”, para cuya superación se utilizan métodos de la democracia deliberativa.

Según los estudiosos de la democracia deliberativa, (Jürgen Habermas)² existen pruebas de que la participación puede mejorar la calidad de las decisiones, especialmente cuando deben tomarse decisiones sobre temas complejos con implicaciones éticas. Uno de los principios de la nueva gobernanza se basa en la idea de que los ciudadanos que participan

.....
1 OCDE (2001): “Citizens as Partners Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making” (<http://www1.oecd.org/publications/e-book/4201131E.PDF>).

2 Habermas Jürgen. (1987). “Teoría de acción comunicativa”. Taurus. Madrid.

en ejercicios deliberativos, se posicionan basándose en los valores democráticos para asegurar que sus juicios son legítimos. De este modo, al representar a la colectividad se poseen ciertos *derechos* (como ciudadano en una democracia), *intereses* (como representante de otros ciudadanos con los mismos derechos y deberes) y un *estatus* que es diferente al que puede tener un ciudadano cuando ejerce el rol de consumidor de un producto en el mercado.

Pero también tenemos otras cuestiones que no debemos de olvidar y que nos pueden ayudar a entender el fenómeno actual de la participación. Marco Marchioni³ hace referencia a la crisis y remodelación del Estado de Bienestar, a la reducción del compromiso y de la responsabilidad del Estado, a la implicación de la sociedad civil, como situaciones que contribuyen a la fragmentación social y a un sistema de protección social fragmentado. Es en este momento donde los procesos de desarrollo local con planes comunitarios se hacen más evidentes y lo que vertebra ese trabajo comunitario es la participación. Sin la participación no es posible hablar de Desarrollo. El desarrollo se basa en la capacidad de una comunidad de organizarse y de saber utilizar los recursos con creatividad y visión de futuro, dice Marchioni⁴. Para este autor el desarrollo es social o no hay desarrollo, aunque nos quieran hacer ver las bondades del desarrollo económico, si este no va acompañado de desarrollo social, cultural y comunitario, la sociedad será dependiente e injusta.

Hasta aquí hemos visto dos cuestiones que pueden explicar el porqué de la participación: la mayor educación de los ciudadanos y la remodelación del Estado de Bienestar. A mi modo de ver no son excluyentes sino que ambas son complementarias y ambas están influyendo en el actual modo de participación.

Pero, ¿quiénes son los actores de la participación?, en ella intervienen: la comunidad, los técnicos y los políticos. Tres actores que es necesario integrar junto con sus diferentes posibilidades de actuación, es lo que Marchioni⁵ denomina como Gestión Integrada, el intento de crear, activar o reconducir dinámicas participativas.

Llegados a este punto en el que se ha podido aclarar el porqué de la participación y la importancia de la misma, creo que es necesario diferenciar entre Participación Ciudadana y Participación Comunitaria. Ambos términos son utilizados indistintamente en la literatura, pero considero necesario hacer una diferenciación de los mismos.

¿Quién es el ciudadano y qué es la participación ciudadana?

El ciudadano es quien tiene derechos. La ciudadanía se originó en una sociedad cuyo centro estaba en el Estado y el sistema político. En la edad moderna el rol de ciudadano implicaba un compromiso activo con la vida política, en nuestra sociedad postmoderna este tipo de ciudadanos forman parte de la clase política y el resto de la ciudadanía mantiene una actividad política en ciertos momentos. Como afirma Rodrigo Baño⁶ no deberíamos hablar de participación ciudadana para referirnos a una participación diferente a la meramente política, puesto que la ciudadanía es el concepto que define la participación política.

Marcela Noé⁷ habla de otro sentido de ciudadanía en la actualidad y sostiene que ade-

.....
3 Marchioni, Marco. (2001). Comunidad y Cambio Social. Teoría y Praxis de la Acción Comunitaria. Popular. Madrid.

4 Marchioni, Marco. (2003). La acción social en y con la comunidad. Certeza. Zaragoza.

5 Marchioni, M. (2001). Comunidad y Cambio Social. Teoría y Praxis de la Acción Comunitaria. Popular. Madrid.

6 Rodrigo Baño, A., (1998). "Participación Ciudadana: Elementos conceptuales", en: Nociones de una ciudadanía que crece, Enrique Correa y Marcela Noé. Flascso. Santiago de Chile.

7 Noé Echeverría, Marcela., (1998). "Ciudadanía y políticas públicas", en: Nociones de una ciudadanía que crece, Enrique Correa y Marcela Noé. Flascso. Santiago de Chile.

más de los derechos civiles básicos, la ciudadanía también incluye la concesión de la educación, de la sanidad y otras prestaciones para cubrir las necesidades elementales. Por tanto la ciudadanía implica organización y lucha por obtener derechos.

Hemos pasado por tanto de una ciudadanía que estaba ligada al cuerpo político, a una ciudadanía que se incluye en la sociedad civil y que protege sus derechos individuales y los individuos tienen obligaciones con la colectividad.

Podemos entonces pensar que la participación ciudadana es una participación en actividades públicas que tiene por objeto proteger y conseguir derechos, aún así, Rodrigo Baño afirma que no es útil extender el término “participación ciudadana” a otras formas de participación social, como las derivadas del asociacionismo o las de carácter comunitario.

¿Qué es la comunidad y qué es la participación comunitaria?

Comunidad es un espacio territorial sentido como propio por sus habitantes, en el que se producen interacciones y existe un sentido de pertenencia entre sus miembros (Marchioni)⁸. Aguilar Idáñez⁹ define el término desde las ciencias sociales y dice que comunidad es una agregación social o conjunto de personas que habitan en un espacio geográfico delimitado, donde operan redes de comunicación interna, pueden compartir servicios y desarrollan un sentido de pertenencia. En función de ello pueden desempeñar funciones sociales de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo, en el ámbito local.

Esta misma autora define la participación comunitaria como el proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos.

Una vez definidos y aclarados los términos, es de la comunidad y de la participación comunitaria en el ámbito de la salud de lo que vamos a tratar.

Es preciso recordar que las primeras preocupaciones por la participación comunitaria surgieron de la disciplina del Trabajo Social, en los años 20 del siglo pasado en Estados Unidos. Por entonces la acción se denominaba “Organización de la Comunidad”. Una de las figuras representativas de las teorías de ese momento fue Jane Adams, trabajadora social vinculada a la Escuela de Chicago y Premio Nobel de la Paz en 1931. Adams (en Colom Masfret 2009)¹⁰ consideraba que los problemas sociales eran generados por la sociedad y para solucionarlos debía intervenir en ella desde su interior, para cambiar su estructura y condiciones. Con esta teoría impulsó el Trabajo Social con Grupos y el Trabajo Social Comunitario.

Posteriormente el Trabajo Social Comunitario (TSC) fue reconocido como método propio de la profesión de Trabajo Social en la Conferencia Nacional de Servicio Social de EEUU en 1947, y a finales de los años 50 fue considerado como un área de intervención.

El TSC desde sus orígenes ha estado orientado a promover el Desarrollo Comunitario, su objetivo inicial era la mejora de las condiciones de vida de los barrios, con la implicación de los vecinos, los voluntarios y los diferentes profesionales que actuaban en la comunidad,

.....
8 Marchioni, Marco. (2001). Comunidad y Cambio Social. Teoría y Praxis de la Acción Comunitaria. Popular. Madrid.

9 Aguilar Idáñez, M^a José., (2006). “Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en atención primaria”. Revista Comunidad n^o 9, PACAP. SEMFYC.

10 Colom Masfret, Dolors. Curso de Postgrado en Trabajo Social Sanitario. Universidad Oberta de Cataluña. Barcelona 2009.

o sea, su instrumento era la participación. En la actualidad el TSC se focaliza en la gestión local y el trabajo en redes, para promover un desarrollo integral de la zona, desarrollando servicios en el medio, potenciando las redes de ayuda mutua, el voluntariado, la ayuda vecinal, el apoyo a las redes de cuidadores e impulsando la cooperación entre las redes de servicios formales del territorio. (Gaitán en Barranco 2004)¹¹.

En el TSC en España una figura clave ha sido Marco Marchioni, quien considera que el proceso comunitario no consiste en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman, sino en ofertar a la población oportunidades reales de participar (en función de su realidad) en las decisiones, ofertar medidas organizativas y programas que ellos mismos consideren importantes, útiles y necesarios. La función de los técnicos no es otra que ayudar a la población a organizarse, utilizando los recursos existentes y valorando la creación y búsqueda de otros nuevos. El proceso participativo tiene que fomentar, crear o reforzar la organización social.

El TSC se realiza desde cualquiera de los ámbitos de actuación del trabajador social, uno de ellos es el sanitario, por lo que los trabajadores sociales sanitarios tienen entre sus objetivos el potenciar la participación activa de su comunidad de referencia para la consecución de mayores niveles de salud en la misma. Contribuyen al protagonismo de la población mediante la participación comunitaria, realizando por tanto la acción social en salud con implicación de la comunidad en la resolución y potenciación de todos los aspectos que tengan que ver con la salud y la enfermedad de la población.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1981 definió la Participación Comunitaria como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”. En el ámbito de la salud el concepto de participación comunitaria se desarrolló a partir de los años setenta, con la estrategia de “Salud para todos” elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹², con la que se pretendía reducir las desigualdades, mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones, para hacer frente así a la crisis económica y del sistema sanitario tradicional. Esta estrategia se basaba en: a) la orientación hacia la promoción de la salud, b) el desarrollo de la atención primaria y c) la participación comunitaria.

En el nuevo planteamiento influyeron tres cuestiones:

1. Nueva consideración sobre lo que es la salud. Se promueve una concepción multifactorial de los problemas de salud, en el que inciden con fuerza los estilos de vida y sus condiciones, así como la dinámica de la organización social.
2. Nueva concepción sobre los protagonistas. Los pacientes se consideran ahora protagonistas y sin su participación no se pueden resolver los problemas, prevenir las enfermedades y mejorar su salud.
3. Nuevos métodos de trabajo. Los nuevos conocimientos sugieren nuevos métodos

.....
 11 Barranco Expósito, Carmen. (2004). “Los modelos de Intervención en Trabajo Social desde las Perspectivas Paradigmáticas de las Ciencias Sociales. Introducción a los modelos críticos: énfasis en lo comunitario y en la calidad de vida”. Rev. Servicios Sociales y Política Social nº 66,9-35. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en trabajo Social. Madrid.

12 Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987). Los Objetivos de la Salud para Todos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

de trabajo en los que el enfoque integral y comunitario se considera como una herramienta para los profesionales.

Navarro V. (en Martín- García)¹³ considera que con este nuevo planteamiento en el ámbito de la salud, se pretendían disminuir las desigualdades, pues a pesar del incremento exponencial del gasto sanitario y de que la salud de la población había mejorado globalmente, los indicadores de salud reflejaban estancamiento de la esperanza de vida, aumento de la carga de enfermedad y mortalidad evitable y la aparición de nuevas epidemias y enfermedades. El análisis pormenorizado de la salud teniendo en cuenta los determinantes sociales y culturales, daba un saldo positivo a favor de los grupos con mayor nivel económico y educativo.

Los expertos de la OMS consideraron que el modelo centrado en la enfermedad y hospitalocéntrico no era capaz de intervenir eficazmente en los determinantes de salud que vienen dados por el envejecimiento de la población, la degradación del medio ambiente, los cambios en el estilo de vida o el incremento de la pobreza y la exclusión social.

Está claro que la intervención en las causas sociales de la desigualdad no corresponde al sistema sanitario, pero este sí puede identificar esas desigualdades así como los problemas de salud, establecer prioridades y motivar a la comunidad para que se movilice en la exigencia de soluciones mediante actuaciones gubernamentales. Para ello se necesitan actuaciones integrales e integradas, de naturaleza política, económica, sanitaria, educativa y medioambiental, además del compromiso y colaboración de la comunidad y los grupos afectados.

La OMS define entonces la Promoción de la Salud como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. La Participación Comunitaria como el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario. Y define la Atención Primaria como el espacio adecuado para el desarrollo de la promoción de la salud y la participación comunitaria dentro de una concepción integral de esta.

Así Carrobbles en 1985 (en Barriga Martín)¹⁴ propuso un nuevo concepto de Salud, en él plantea la necesidad de un cambio hacia un modelo activo de intervención, que pretende salir a la comunidad y trabajar con y sobre ella, no solo en ella, con el objetivo de fomentar, promover y optimizar estilos de vida sanos, utilizando los recursos comunitarios e individuales. Considera que la Comunidad debe ser el principal agente y motor del cambio.

La Carta de Liubliana de 1996 sobre la Reforma de los sistemas de salud, suscrita por la OMS, subraya la necesidad de unos sistemas de salud que “pongan su atención sobre las personas y permitan que la voz, las preferencias y la libre elección de los ciudadanos tengan influencia sobre cómo están diseñados y cómo funcionan los servicios de salud”.

La propuesta de la Atención Primaria en Salud fue totalmente innovadora, consideraba que las prácticas sanitarias tenían que ser aceptadas por la comunidad en que se aplicaban, por tanto debían hacerse con la participación de la comunidad y lograr la autogestión de la

.....
13 Martín-García, M., Ponte-Mittelbrum, C., Sanchez-Bayle, M., (2006). “Participación social y organización comunitaria en los servicios de salud”. Gaceta Sanitaria 20 (Supl 1):192-202.

14 Barriga Martín, Luis Alberto. (1997). “Trabajo Social, Salud y Organización de la Comunidad: Paradigmas de complejidad.” Rev. Servicios Sociales y Política Social nº 40, 63-74. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

misma en materia de salud.

Es en este punto donde la disciplina del Trabajo Social Sanitario y las demás disciplinas sanitarias convergen por el trabajo comunitario, cada una desde su ámbito de actuación debe considerar a la comunidad como objeto y como un área de intervención a la vez. La comunidad es la protagonista y se convierte en objeto y sujeto de atención. Para ello los sistemas de salud cuentan entre sus profesionales con los Trabajadores Sociales Sanitarios, como técnicos especialistas en este trabajo comunitario desde el ámbito de la salud. Las competencias de estos profesionales, aplicadas conjuntamente con el resto de profesionales del equipo de salud, son necesarias para contribuir a la acción social en salud y a la implicación de la comunidad en todos aquellos aspectos que tienen que ver con su propia salud. En definitiva, los trabajadores sociales sanitarios como miembros de los equipos de salud tienen que desarrollar la participación comunitaria dentro del ámbito de sus actuaciones, con los métodos y técnicas del trabajo social comunitario.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), en su programa de Participación Comunitaria en Atención Primaria (PACAP)¹⁵, considera como objetivos de la participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud los siguientes:

- Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y la identificación de las necesidades.
- Reforzar el papel de protagonistas de sus habitantes. El cuidado de su salud es su responsabilidad.
- Desarrollar los servicios en base a la motivación de la comunidad para aceptarlos y usarlos.
- Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.
- Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.

A lo largo de estos años, nuestros Gobiernos se han hecho eco de las ideas y recomendaciones de los organismos internacionales y han suscrito los diferentes acuerdos en materia de salud, así como han promulgado leyes donde se contempla la participación de la comunidad en la gestión del Estado en general y en materia de atención a la salud en particular, (Constitución Española, Ley General de Sanidad, Leyes y Decretos de las diferentes Comunidades Autónomas, Ley General para la Defensa de los Consumidores, Ley de Autonomía del Paciente, Ley de Cohesión y Calidad del SNS...)

En definitiva se reconoce el derecho a la participación como principio general, pero la reforma de la Atención Primaria que se inició en 1984 hasta ahora ha dejado en segundo lugar los aspectos comunitarios y participativos. Se definieron Consejos de Salud y otras comisiones de participación, pero en su mayoría no se han constituido o no funcionan regularmente y su capacidad de participación queda reducida a la obligación de información.

Por otra parte considero importante hacer una reflexión sobre la influencia de las políticas neoliberales, el desarrollo tecnológico y la globalización en las propuestas de participación comunitaria en salud. En las últimas décadas se ha impulsado bastante la presencia de la gestión privada en los sistemas sanitarios, esto ha hecho que entren en juego las leyes

.....
 15 Ruiz-Gimenez, Juan Luis. (2005). "Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español". Revista Comunidad nº 8. PACAP. SEMFyC.

de mercado en el sector sanitario, los pacientes pasan a ser clientes, referido a consumidores de servicios. Esta idea hace considerar que el Estado de Bienestar y el sistema sanitario público eran rígidos y burocráticos, esto impedía un buen funcionamiento de los mismos y por lo tanto eran ineficientes. Desde esta perspectiva de mercado el interés del sistema sanitario se ha centrado en mantener a los ciudadanos como clientes y consumidores, aunque presentan al paciente como “centro del sistema”. Los pacientes participan ejerciendo su derecho a la queja y reclamación y así expresan su satisfacción, además de tener libertad de elección. Los modelos de mercado de los servicios públicos, definen la participación como la elección del consumidor en ese mercado de servicios públicos. Con esta participación se quiere incentivar a los servicios en función de las preferencias de los pacientes, esto lleva a la competitividad entre dichos servicios.

Esta participación que se pretende, se realiza desde el ámbito individual, es la relación de la persona a título individual con el sistema y también puede tener otras facetas, como el consentimiento informado, el testamento vital, mediante las organizaciones de consumidores, mediante la presión social a través de los medios de comunicación. Todo esto lleva a considerar al usuario como consumidor, pero como afirma Nina Biehal (en Salcedo 1999)¹⁶ los usuarios del sistema de bienestar no son consumidores propiamente dichos, puesto que sus dificultades de salud, su fragilidad, etc., les entorpece la capacidad para escoger libremente en el mercado de los servicios asistenciales.

Contamos además con otro elemento en la participación, me estoy refiriendo a los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran los Trabajadores Sociales Sanitarios como miembros del equipo de salud. Los profesionales sanitarios son empleados públicos del sistema, que generalmente no tienen influencia sobre la gestión general del mismo, pero que son los intermediarios entre el sistema y los pacientes. Con la influencia del mercado, los profesionales reducen su participación a favor de la burocracia sanitaria de los gestores.

En la actualidad coexisten estas circunstancias con la continuidad en el desarrollo de la Ley General de Sanidad, por lo que los distintos sistemas de salud continúan potenciando la Participación Comunitaria ya iniciada con la creación de la atención primaria.

En Andalucía, comunidad líder en la implantación de la atención primaria en España, en los inicios de la creación de estos servicios, la participación comunitaria era uno de los objetivos a trabajar dentro de cada centro de salud y para ello se contaba con un trabajador social sanitario como parte del equipo asistencial. El SAS ha evolucionado de la misma manera que lo han hecho el resto de sistemas sanitarios españoles, pero continua considerando la importancia de la participación comunitaria en salud entre sus objetivos. En la actualidad la Consejería de Salud ha creado la Secretaría General de Salud Pública y Participación (Consejo de Gobierno mayo 2008), dejando así de manifiesto la impronta que quiere conferir el sistema sanitario andaluz sobre la participación ciudadana y comunitaria. El SAS dando continuidad a estas recomendaciones, desea que el ciudadano sienta reforzada su confianza en la Sanidad Pública y se sienta único dentro del Sistema, de manera que en su Contrato Programa de 2008 incorpora entre sus objetivos la participación ciudadana mediante el desarrollo de planes estratégicos de participación, con la finalidad de avanzar en la garantía de los derechos de los ciudadanos.

A su vez el SAS está potenciando su configuración en Unidades de Gestión Clínica (UGC)

.....
¹⁶ Salcedo Megales, Damián. (1999). “Los valores en la práctica del Trabajo Social”. Narcea Editores. Cuadernos Andaluces de Bienestar Social. Madrid.

en todo el territorio andaluz. La gestión clínica en el SAS es un diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Los principales instrumentos de la gestión clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades de salud de la población, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, una atención sanitaria integrada y participativa, así como la evaluación y monitorización continua de los resultados de salud. En función de lo anterior, estas unidades entre sus objetivos anuales tienen la firma de acuerdos de participación con organizaciones comunitarias. Pero este mismo sistema no está propiciando que los trabajadores sociales sanitarios puedan involucrarse en la promoción de la participación comunitaria.

Está claro que el sistema sanitario andaluz está preocupado por la participación, pero, ¿qué participación? El hecho de incluir entre los objetivos del acuerdo de gestión de las UGC, objetivos de participación puede hacer pensar en una participación impuesta desde el sistema. El hecho de no contar con los conocimientos profesionales de los trabajadores sociales sanitarios puede llevar a confusión sobre el tipo de participación.

Por tanto considero que la Participación Comunitaria en salud debe:

1. Asumir la definición emitida por la OMS.
2. Referirse siempre a la participación colectiva (comunitaria), no a una participación individual (ciudadana) que es ejercida por los pacientes haciendo valer su derecho a la queja, la reclamación, la expresión de su satisfacción o la libertad de elección entre otras formulas.
3. Canalizarse después del diagnóstico comunitario profesional (tarea que desempeña el Trabajador Social Sanitario) y el autodiagnóstico de la propia comunidad.
4. Las formas de participación no se pueden trasladar de unas zonas a otras, cada comunidad es diferente.
5. No todas las estrategias de participación son válidas, es necesario definir los objetivos que se quieren conseguir con ellas y qué papel van a tener los ciudadanos, consultores o planificadores de los procesos.

HIPÓTESIS PRINCIPAL

La hipótesis de este trabajo es que la participación comunitaria que se está haciendo desde las instituciones sanitarias en Andalucía se confunde con la intervención comunitaria o con actividades sanitarias en la comunidad y no nace de la comunidad.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio

Se realiza una investigación representativa, seccional, cualitativa y secundaria, en la que se han revisado las experiencias que sobre participación se presentaron en las Jornadas de Participación en el Sistema Sanitario Público Andaluz, celebradas en noviembre de 2008 en Granada en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y a las jornadas organizadas por el SAS en mayo de 2009 en Huelva.

De entre las comunicaciones orales presentadas, se han seleccionado aquellas que se

identificaban como Programa de Participación Ciudadana o Programa de Participación Comunitaria, resultando un total de 11 experiencias que conforman la población y material de este estudio.

Proceso de análisis

El análisis de dichas experiencias se ha centrado en la comprobación del cumplimiento de las características que para la Participación Comunitaria en Salud describe la SEMFyC, en su “Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español” (2005). Dichas características son las siguientes:

1. Activa. La población interviene en todas las fases, diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación.
2. Consciente. La población conoce y toma conciencia de los problemas, para transformarlos en necesidades que se tienen que solucionar.
3. Responsable. La población se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.
4. Deliberada y libre. Las intervenciones son voluntarias, se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.
5. Organizada. Las actividades están integradas en los objetivos de desarrollo de la comunidad. La población no depende de los servicios sanitarios.
6. Sostenida. No son acciones puntuales del movimiento asociativo para dar respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo.

Para la medición de estas características en las experiencias que conforman la población de estudio, se han definido las siguientes dimensiones para cada una de ellas.

La característica activa.

Aún es pronto para medirla puesto que estos programas están implantándose ahora, algunos están en las primeras fases. Para dimensionar esta característica se ha considerado si la población tiene *información* sobre lo que es participación y sobre el programa, y si han participado en la definición y priorización de los *objetivos*.

La característica toma de conciencia de los problemas.

Se ha definido en función de cómo se ha realizado la evaluación de *necesidades*, quien las ha definido, si las necesidades a cubrir son las que siente el servicio de salud o son las que ha detectado la población.

La característica responsabilidad.

Se ha buscado si ha habido *una toma de decisiones conjunta (servicio de salud- comunidad)* para definir las actividades a realizar y cuáles son estas actividades.

La característica deliberada y libre.

Se ha contemplado *quien lidera* las actividades, el dispositivo de salud o las organizaciones de la comunidad.

La característica organizada.

Se ha visto si las *actividades* están *integradas en otros objetivos* más amplios que se marca la comunidad, o son actividades sólo para cumplir un objetivo de salud.

La característica sostenida.

Se ha centrado en si son *actividades puntuales* para cubrir una necesidad del momento, o son actividades que pretenden mantenerse en el tiempo.

Se ha elaborado una tabla para cada una de las experiencias con tres columnas, donde se hace costar: la característica, las variables que se han definido para su medición y como han sido empleadas o no esas variables en la experiencia analizada.

Se ha analizado también el grado de participación que se da en el proyecto observando los objetivos, las actividades y quien las lidera. Así se diferencia:

- Grado de información. Cuando en el proyecto sólo se transmite información sobre diferentes temas de interés para la salud de la población.
- Grado de consulta. En los casos en que se pide información a la población, o se le pide su opinión sobre los temas que interesan al sistema sanitario y que repercuten en la mejora para la atención de la población.
- Grado de participación en gestión. Cuando la comunidad puede tomar decisiones sobre cómo quiere que el sistema de salud la atienda.

En cada tabla se ha añadido además una fila donde se identifica cada grado de participación, así como el lugar donde se desarrolla el programa y en qué grado participa el profesional de TSS.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de las experiencias

EXPERIENCIA N° 1.

Titulo: “La Participación Ciudadana en la Gestión de las Políticas Públicas”

Donde se realiza: El programa se hace entre la asociación de afectados por una patología y la Unidad de Gestión Clínica que trata dicha patología.

Grado de participación: Información y consulta.

Análisis.- La participación en gestión se convierte en que la asociación es un elemento de reivindicación que utiliza la UGC para conseguir mejoras. El título del proyecto es ambicioso con respecto a las actividades que se realizan, aunque el objetivo es coherente.

(Ver mas información en anexo de tablas de análisis, experiencia n°1)

EXPERIENCIA N° 2.

Titulo: “Participación Comunitaria en distrito de atención primaria”

Donde se realiza: El programa se realiza en un distrito de atención primaria.

Grado de participación: información y consulta.

Análisis.- Define participación comunitaria para la promoción de la salud. Sus objetivos están enfocados a dicha promoción, aunque también hablan de un objetivo de participa-

ción en gestión sanitaria pero no definen actividades para conseguirlo. Realizan actividades de intervención comunitaria. Identifican una actividad profesional de trabajo en red intersectorial con una actividad de intervención comunitaria.

(Ver mas información en anexo de tablas de análisis, experiencia n°2)

EXPERIENCIA N° 3.

Titulo: “Participación Comunitaria en UGC de distrito de atención primaria”

Donde se realiza: en un distrito de atención primaria constituido como UGC.

Grado de participación: información.

Análisis.- Realizan actividades de intervención en la comunidad para promoción de la salud.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 3)

EXPERIENCIA N° 4.

Titulo: “Participación Ciudadana y voluntariado”

Donde se realiza: En un hospital.

Grado de participación: información y consulta.

Análisis.- Han cumplido el objetivo de crear la comisión. Es un programa de colaboración de organizaciones comunitarias con la institución de salud.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 4)

EXPERIENCIA N° 5.

Titulo: “Régimen de visitas por medio de la participación ciudadana”

Donde se realiza: en un hospital.

Grado de participación: Consulta

Análisis.- Es una colaboración puntual que finaliza cuando se implanta el nuevo régimen de visitas.

(Ver mas información en anexo de tablas de análisis, experiencia n°5)

EXPERIENCIA N° 6.

Titulo: “Participación ciudadana”

Done se realiza: en un hospital.

Grado de participación: consulta.

Análisis.- Es un proyecto de colaboración entre instituciones comunitarias y la institución sanitaria.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 6)

EXPERIENCIA N° 7.

Titulo: “Proyecto de Participación ciudadana”

Donde se realiza: en un hospital.

Grado de participación: consulta.

Análisis.- Es un proyecto de colaboración, ya en el planteamiento se habla de colaboración o participación indistintamente, sin discriminar lo uno y lo otro.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 7)

EXPERIENCIA N° 8.

Titulo: “Plan de Participación ciudadana en salud: experiencia de participación comunitaria”

Donde se realiza: en un distrito de atención primaria. .

Grado de participación: información y consulta

Análisis.- Señala una definición de participación comunitaria pero no se corresponde con las actividades que realizan.

Hacen actividades con la comunidad para promoción de la salud.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 8)

EXPERIENCIA N° 9.

Titulo: “Participación ciudadana en Distrito Sanitario”

Donde se realiza: distrito de atención primaria.

Grado de participación: información y consulta.

Análisis.- Definen la participación como medio para la promoción de la salud y en función de esto realizan sus actividades.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 9)

EXPERIENCIA N° 10.

Titulo: “Participación ciudadana en Área Sanitaria”

Donde se realiza: en un área sanitaria.

Grado de participación: información y consulta.

Análisis.- No concuerda la definición que hacen de participación ciudadana con las actividades que realizan.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 10)

EXPERIENCIA N° 11.

Titulo: “Plan de Participación en barriada”

Donde se realiza: en una barriada de la ciudad que tiene como referencia sanitaria un centro de salud.

Grado de participación: En este proyecto se utiliza la metodología de investigación-acción-participación.

Análisis.- Es un proyecto de participación comunitaria en el que salud interviene como un sistema más de la comunidad.

(Ver más información en anexo de tablas de análisis, experiencia n° 11)

4.2. Resultados del análisis

Tras el análisis de cada una de las experiencias expuesto en el apartado anterior, se han obtenido los resultados detallados a continuación.

Zona o servicio de salud donde se desarrollan las experiencias. (Anexo resultados. Tabla nº 1)

En virtud de la zona o servicio de salud donde se realiza la experiencia, tenemos una de ellas que se realiza en un servicio clínico de un hospital constituido como UGC, 4 que se desarrollan en un distrito de atención primaria (al distrito pertenecen varios centros de salud de atención primaria), 4 desarrolladas en hospitales, 1 realizada en un área sanitaria (al área sanitaria corresponden dispositivos de atención primaria y especializada) y 1 realizada en una barriada que tiene como dispositivo sanitario un centro de salud.

Participación del TSS en el proyecto. (Anexo resultados. Tabla nº 2)

Hay 5 experiencias en las que no participa el TSS, estas se corresponden con aquellas que se realizan en los hospitales y en la UGC del servicio hospitalario, aunque en todos estos hospitales existe el profesional de TSS. En 4 de ellas, correspondientes a los distritos de atención primaria, el TSS participa en la experiencia como un miembro más del equipo. Existen dos experiencias donde el TSS es el profesional que lidera el programa, una está referida al área sanitaria y la otra al centro de salud.

Por el planteamiento inicial de esta investigación, no es posible saber el motivo de la participación o no de los TSS en los programas. Es curioso observar que la no participación se da siempre en los programas referidos a hospitales y se podrían hacer suposiciones sobre el motivo, dado el conocimiento del sistema sanitario andaluz, aunque lo adecuado sería que este hecho pudiera ser objeto de un futuro estudio.

Quien presenta la experiencia a los asistentes. (Anexo resultados. Tabla nº 3)

En 1 de los casos el programa es presentado conjuntamente por un facultativo y un socio de la asociación referida, es el caso de la UGC. En 4 casos la presentación la realiza el Responsable de Atención Ciudadana, perteneciendo tres de los casos a distrito y uno a hospital. En 3 casos el presentador es el Responsable de Participación Ciudadana, en este caso todos los programas son de hospital. En ningún caso los responsables de estos servicios son profesionales del Trabajo Social. El programa del centro de salud es presentado por la TSS y existen 2 experiencias que no especifican el cargo del presentador.

A continuación se exponen los resultados obtenidos tras el análisis de las 6 características de la participación en cada una de las experiencias.

1.- Característica activa, definimos su medida a través de la *información* sobre lo que es participación y sobre el programa, y a través de la participación en la definición y priorización de *objetivos* que ha tenido la población. Tenemos 5 experiencias donde no se informa sobre qué se considera participación. En las 6 restantes se define sobre lo que desde el programa se considera participación, informando sólo en 3 de ellas a la población.

En relación a lo que esos seis programas consideran participación (Anexo resultados Tabla nº 4) hemos obtenido los siguientes resultados:

- Participación se identifica con promoción de la salud. 2 casos
- Participación se identifica con colaboración. 1 caso

- Definición de Participación comunitaria. 1 caso
- Consideran participación como parte de los servicios de salud. 1 caso
- Consideran la participación como acción que surge de la comunidad. 1 caso

Sólo hay dos programas que consideran la participación comunitaria como la entendemos en este estudio y sólo hay uno de ellos que además entiende que esa participación en salud surge como una acción de la comunidad, no es algo impuesto.

En 9 de los casos los objetivos son definidos (Anexo resultados Tabla nº 5)

por el sistema de salud. En 1 caso los objetivos y la priorización los define la comunidad, teniendo otra experiencia en la que no especifican los objetivos.

Con referencia a los objetivos que se marcan, tenemos los siguientes resultados:

- Seguimiento de problemas asistenciales. 1 caso
- Promoción de la salud. 3 casos
- Complementariedad, colaboración en acuerdos. 3 casos
- Integrar la participación en salud. 2 casos
- Realizar un censo de asociaciones y crear comisión de participación. 3 casos
- Realizar un plan de visitas. 1 caso
- Informar sobre los servicios del sistema sanitario. 1 caso
- Modificar la realidad de la barriada. 1 caso

Podemos observar que la mitad de los programas no definen ni informan sobre lo que consideran participación, y prácticamente en la totalidad de ellos los objetivos son definidos por el sistema sanitario. Los objetivos que se consideran como más necesarios son los referidos a la promoción de la salud, la colaboración y la creación de una comisión de participación. Podríamos considerar que la población no interviene de manera activa en la planificación del programa.

2.- Característica toma de conciencia de los problemas, se definió sobre cómo se realizó la *evaluación de necesidades*, quien las ha definido, si las necesidades a cubrir son las que siente el servicio de salud o son las que ha detectado la población. En la tabla nº 6 de resultados podemos ver que en la mayoría de los casos las necesidades que se definen son las sentidas por el servicio de salud, sólo en uno de los casos fue la comunidad quien lo hizo. En el último caso las necesidades fueron definidas por ambos, pero no de manera conjunta.

3.- Característica responsabilidad, se buscó si hubo *una toma de decisiones conjunta* para la definición de las actividades a realizar y cuáles son estas actividades.

Como podemos ver en la tabla nº 7 de resultados, la decisión sobre actividades en más de la mitad de los casos (6 casos) la toma el servicio de salud, aunque en 3 de ellos pide opinión a la comunidad. En 2 programas la decisión es consensuada, en 1 caso cada sistema toma las decisiones de manera independiente y en un solo caso es la comunidad quien decide que actividades va a realizar para cubrir las necesidades de salud que ha detectado. Existe un programa en el que no se especifica cómo ha sido la toma de decisiones.

En cuanto a las actividades a realizar para alcanzar los objetivos y cubrir las necesidades,

son muy variadas como podemos ver en la tabla nº 8 de resultados. Las más frecuentes son los talleres de educación para la salud, la realización de programas de voluntariado en el hospital, actividades de información sobre salud y la creación de comisiones de participación. Generalmente son actividades de promoción y educación para la salud, esto concuerda con el estudio realizado por Gutiérrez Jordá en Osakidetza (2004)¹⁷, donde concluye que la mayoría de las actividades que se desarrollan como “actividades comunitarias”, son aquellas que no corresponden a la atención directa a pacientes en consulta y pertenecen al ámbito de la promoción de la salud y la educación.

Existe una de las actividades considerada como de participación comunitaria y que merece la pena comentar, la denominan “inclusión en redes sociales”. Esta actividad se refiere a la inclusión del TSS en las redes de trabajo interinstitucionales, formadas por profesionales de diferentes instituciones sociales, cuya finalidad es la coordinación profesional para el trabajo con colectivos con especial dificultad. Esta es una actividad propia del Trabajo Social Comunitario, que no debe confundirse con las actividades de participación comunitaria. Como dice Gaitán (en Barranco 2004)¹⁸, el Trabajo Social Comunitario en la actualidad se focaliza en el trabajo en redes, impulsando la cooperación entre las redes de servicios formales del territorio.

4.- Característica deliberada y libre, que se ha contemplado como *quien lidera* las actividades, si lo hace el dispositivo de salud o las organizaciones de la comunidad, podemos ver en la tabla nº 9 de resultados que en la mayoría de los casos esta competencia la realiza el servicio de salud. Esto tiene consistencia si recordamos que la evaluación de las necesidades se realiza principalmente desde la visión del sistema sanitario y la toma de decisiones sobre qué actividades van a realizar también nace en su mayoría por parte de los servicios de salud.

5.- Característica organizada, en la que veíamos si las actividades estaban integradas en otros objetivos más amplios que se marca la comunidad, o son actividades sólo para cumplir un objetivo de salud. Observamos en la tabla nº 10 de resultados que sólo hay una experiencia en que se cumple dicha característica, es decir, las actividades forman parte de objetivos comunitarios más amplios. Existen 3 casos en los que dichas actividades no forman parte específica de objetivos comunitarios, y en el resto de casos (7) son claramente actividades para cubrir los objetivos de salud.

6.- Característica sostenida, se refiere a si son actividades puntuales para cubrir una necesidad del momento, o son actividades que pretenden mantenerse en el tiempo. Es pronto para medirla puesto que los programas se han iniciado hace poco tiempo, pero todos pretenden una continuidad temporal. Es de destacar uno de ellos en el que las actividades son claramente puntuales para conseguir ese objetivo en ese momento, con lo cual no cumpliría dicha característica, y otro de los programas (en el que la comunidad participa activamente en todas las fases), donde refieren los propios vecinos que el hecho de la participación es irreversible. (Resultados. Tabla nº 11).

Refiriéndonos, por último, al **grado de participación** que se da en cada proyecto, podemos ver (Resultados. Tabla nº 12), que el grado de información, en el que esta se trasmite

.....

17 Gutiérrez Jordá, M., Azpeitia Serón, M^o E., Vergara Mitxelorena, I., (2004). “Actuar con la comunidad... ¿una asignatura pendiente en Osakidetza? Revista Comunidad nº 7, PACAP, SEMFyC.

18 Barranco Expósito, C., (2004). “Los modelos de Intervención en Trabajo Social desde las Perspectivas Paradigmáticas de las Ciencias Sociales. Introducción a los modelos críticos: énfasis en lo comunitario y en la calidad de vida”. Rev. Servicios Sociales y Política Social nº 66,9-35. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en trabajo Social. Madrid.

sobre temas de interés para la salud de la población, se da en 8 proyectos. El grado de consulta, por el que se pide información a la población, o se le pide su opinión sobre temas que interesan al sistema sanitario y que repercuten en la mejora de su atención, también se da en 8 casos. Pero el grado de participación en gestión, donde la comunidad puede tomar decisiones sobre cómo quiere que el sistema de salud la atienda, solo ocurre en un caso.

Es en este caso donde realmente se da un proceso participativo que fomenta y refuerza la organización social, como apunta Marco Marchioni, y donde la función de los técnicos es ayudar a la población a organizarse, utilizando los recursos existentes y valorando la creación y búsqueda de otros nuevos.

En el resto de programas principalmente se ofertan actividades, programas y servicios, pero esto no es un verdadero proceso de participación comunitaria aunque se haya dado un grado de consulta.

5. CONCLUSIONES

En los once títulos de los proyectos que se han analizado, se usan indistintamente los términos participación ciudadana y participación comunitaria, se confunden los términos. En este trabajo se ha argumentado una clara diferencia entre ellos y se concluye en la utilización del término “participación comunitaria” para aquella participación a través de colectivos, y más concretamente la definición que sobre participación comunitaria en salud hace la OMS.

El análisis de los proyectos se ha realizado desde el punto de vista del cumplimiento de las características que para Participación Comunitaria en Salud describe la SEMFyC, y se ha podido comprobar que existen cuatro de las seis características que no se cumplen en estos programas y otra de ellas es pronto para medirla.

Sobre la característica de la toma de conciencia, por parte de la comunidad, de sus problemas para transformarlos en necesidades que tienen que solucionar, no se cumple. Las necesidades expuestas son las sentidas por el sistema sanitario.

Esto está en relación con los objetivos que se marcan los diferentes proyectos, estos son propuestos también por el sistema de salud, la comunidad no participa en ellos y no están relacionados ni enmarcados dentro de otros objetivos comunitarios, de manera que la característica referida a la organización, donde lo que se pretende es que la población no dependa de los servicios sanitarios tampoco se cumple.

De igual manera la característica activa, referida a la información sobre participación y a la implicación de la comunidad en los objetivos, no se da. Las actividades son propuestas por los servicios sanitarios y ellos son quienes las lideran, por tanto, la población no se compromete ni decide en función de sus derechos y responsabilidades, ni mantiene su autonomía, no cumple la característica de ser una participación deliberada y libre.

En estos programas se marcan objetivos de promoción y educación para la salud, así como objetivos de colaborar con las instituciones comunitarias en la realización de actividades para el cumplimiento de los mismos y firmar acuerdos donde se plasme dicha colaboración. El sistema de salud identifica sus necesidades, propone unas actividades y las realiza, es para esto para lo que pide colaboración a la comunidad.

El grado de participación es de información y consulta, de manera que podríamos decir que la participación en salud no es entendida como una negociación o toma de decisiones, sino como una información y/o consulta, tal y como afirma Ruiz-Gimenez (2005) en su documento sobre Participación Comunitaria. No puede haber participación sin transferencia o dotación de poder a las personas que se quiere hacer partícipes.

Las actividades que se realizan en estos programas se centran en talleres de información, educación y promoción de la salud, así como en programas de voluntariado. Estas actividades son intervenciones de salud en la comunidad, que no participación como indicábamos en nuestra hipótesis. Esta intervención es realizada por un ente externo (sistema de salud), ajeno a la comunidad, con el fin de resolver una necesidad o un problema que aqueja a la misma pero detectada por el sistema sanitario. Dichas intervenciones son las que se están desarrollando en los programas analizados, se realizan en la comunidad, fuera del servicio sanitario, a esta conclusión llega también Martín García (2006) en su estudio sobre Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud.

También se dan actividades grupales donde agentes comunitarios colaboran con el servicio sanitario para prestar una asistencia complementaria a la meramente sanitaria, basada en el acompañamiento y entretenimiento de las personas atendidas, mejorando así su estancia en el sistema y proporcionando un valor añadido a la asistencia sanitaria. Pero esta actividad tampoco entra dentro de la definición de participación.

La OMS basaba su estrategia de “Salud para todos” en la promoción de la salud, el desarrollo de la atención primaria y la participación comunitaria. Después de 40 años el sistema sanitario continúa considerando primordial esta estrategia para la reducción de las desigualdades en salud, prueba de ello es la obligación que impone a sus servicios sobre la cumplimentación de objetivos de participación comunitaria. Pero los servicios continúan centrándose en la promoción de la salud mediante intervenciones comunitarias, continúan ofertando actividades, programas y servicios pero esto no es un verdadero proceso de participación comunitaria aunque se haya dado un grado de consulta con la comunidad. Por tanto, podemos confirmar la hipótesis de este estudio en la que se decía que la participación comunitaria que se está haciendo desde las instituciones sanitarias en Andalucía se confunde con actividades de salud en la comunidad que no nacen de la comunidad.

No cabe duda que estas actividades son importantes y necesarias, están basadas en la complementariedad entre el sistema sanitario y la comunidad a la que atiende, pero todavía queda por llegar a la participación comunitaria. Podríamos decir, como propone Carrolles (en Barriga Martín) que estamos en un proceso de intervención por el que se ha salido a la comunidad para intervenir en ella, pero aún no se está trabajando con y sobre ella.

Hemos visto que la participación comunitaria en salud definida por la OMS es posible, una de las experiencias lo demuestra, y además, ese tipo de participación es un modelo dentro del Trabajo Social Comunitario tradicional, donde la intervención comunitaria se realiza mediante la organización de la comunidad, para que ella misma pueda resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades. La experiencia de participación comunitaria en salud (experiencia nº 11) es liderada por el profesional de TSS, podríamos decir que éste es el Trabajo Social Sanitario Comunitario. En este sentido los profesionales sanitarios tenemos que entender que la participación no se impone, no consiste como decía Marchioni, en ofertar actividades, prestaciones o programas a la población para que los consuman. Los profesionales de la salud, entre los que se encuentran los TSS, somos un agente de la

participación y tenemos que formar parte de la gestión integrada de la misma. Todos los profesionales del equipo de salud formamos parte del proceso participativo en función de las competencias profesionales de cada uno, pero los profesionales del Trabajo Social Sanitario por su formación específica en trabajo social comunitario y por ser la comunidad uno de sus ámbitos de actuación, deben ser el profesional motor de la participación comunitaria en salud.

Es un hecho en esta investigación el análisis de diferentes experiencias en las que el TSS no forma parte del programa, o lo hace sólo en un momento del mismo. Sería motivo de una futura investigación el saber qué causas están incidiendo en la baja participación de los TSS en los programas de participación comunitaria en salud.

BIBLIOGRAFÍA.

- Agudelo, C.; Carlos, A., (1987). “Características de la participación comunitaria de programas urbanos de atención primaria”. Bol. oficina Saint Panan 103 (1): 43-52, Julio. Bogotá.
- Aguilar Idáñez, M^a José, (2006). “Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en atención primaria”. *Revista Comunidad* n° 9, PACAP. SEMFyC.
- Alonso Alonso, Rosario, (2004). “Proceso metodológico en Trabajo Social Comunitario”. *Rev. Servicios Sociales y Política Social* n° 66, 37-61. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Madrid
- Barriga Martín, Luis Alberto. (1997). “Trabajo Social, Salud y Organización de la Comunidad: Paradigmas de complejidad.” *Rev. Servicios Sociales y Política Social* n° 40, 63-74. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Madrid
- Barranco Expósito, Carmen, (2004). “Los modelos de Intervención en Trabajo Social desde las Perspectivas Paradigmáticas de las Ciencias Sociales. Introducción a los modelos críticos: énfasis en lo comunitario y en la calidad de vida”. *Rev. Servicios Sociales y Política Social* n° 66,9-35. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en trabajo Social. Madrid
- Bleda García, José M^a.; Gutiérrez, R., (2006). “La Participación Ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Castilla La Mancha. Hacia un nuevo modelo de la implicación de los ciudadanos.” *Revista Comunidad PACAP*, 2006,9:26-27
- Bleda García, José M^a., Santos Gómez, Álvaro, Fernández Carretero, Cesar, (2008). “Diseño de un Modelo de Participación Ciudadana en Salud en la Comunidad de Castilla La Mancha e implementación del mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005-2008). *Revista Administración Sanitaria*. 2008, n° 6(4):699-714
- Bohman, James. & Rehg, William. (1997). “Deliberative democracy: Essays on reason and politics” MIT Press, Cambridge, MA.
- Cerezo Espinosa de los Monteros, Juan Javier. (2006). “Descripción de iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos”. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Andalucía.

Junta de Andalucía. Sevilla.

- Colom Masfret, Dolors. Curso de Postgrado en Trabajo Social Sanitario. Universidad Oberta de Catalunya. Barcelona 2009.
- De la Revilla, Luis y otros. (2003). "Participación e Intervención Comunitaria" en Martín Zurro, A. y Cano, J.F. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Elsevier. Madrid: 172-184
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. FADSP. (2006). "Participación Comunitaria"
- Gutiérrez Jordá, Máximo, Azpeitia Serón, M^a Eugenia, Vergara Mitxeltoena, Itziar, (2004). "Actuar con la comunidad... ¿una asignatura pendiente en Osakidetza? *Revista Comunidad* n° 7, PACAP, SEMFyC.
- Habermas Jürgen. (1987). "Teoría de acción comunicativa". Taurus. Madrid.
- Jovell, Albert J., Navarro Rubio, M^a Dolors. (2009). "Asociaciones de pacientes en España". *Humanitas. Humanidades Médicas*, tema del mes on line, n° 42, sep 2009.
- Lindström Karlson, Astrid. (2006). "Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Documento de trabajo n° 31. Fundación Salud, Innovación y Sociedad.
- López Fernández, Luis Andres, (2005). "Globalización, nuevas tecnologías y el trabajo comunitario en atención primaria". *Revista Comunidad* n° 8. PACAP, SEMFyC
- Marchioni, Marco. (2003). *La acción social en y con la comunidad*. Certeza. Zaragoza.
- Marchioni, Marco. (2001). *Comunidad y Cambio Social. Teoría y Praxis de la Acción Comunitaria*. Popular. Madrid
- Martín-García, M., Ponte-Mittelbrum, C., Sanchez-Bayle, M., (2006). "Participación social y organización comunitaria en los servicios de salud". *Gaceta Sanitaria* 20 (Supl. 1):192-202
- Noé Echeverría, Marcela, (1998). "Ciudadanía y políticas públicas", en: *Nociones de una ciudadanía que crece*, Enrique Correa y Marcela Noé. Flascso. Santiago de Chile.
- Nogueiras Mascareñas, L.M., (1996), "La práctica y la teoría del desarrollo comunitario. Descripción de un modelo." Narcea: s.l.
- OCDE (2001): "Citizens as Partners Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making" (<http://www1.oecd.org/publications/e-book/4201131E.PDF>).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987). *Los Objetivos de la Salud para Todos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Pastor Seller, E., "Iniciativa Social y Trabajo Social Comunitario". http://rna.na.es/dspace/bitsdream/10045/5712/1/ALT_09_09pdf
- Rodrigo Baño, A., (1998). "Participación Ciudadana: Elementos conceptuales", en: *Nociones de una ciudadanía que crece*, Enrique Correa y Marcela Noé. Flascso. Santiago de Chile.
- Ruiz-Gimenez, Juan Luis, (2005). "Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud

del Estado Español”. *Revista Comunidad* nº 8. PACAP. SEMFyC.

- Salcedo Megales, Damian. (1999). “Los valores en la práctica del Trabajo Social”. Narcea Editores. Cuadernos Andaluces de Bienestar Social. Madrid.
- Sánchez Bayle, Marciano. (1998). *Hacia el estado de malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España*. Los libros de la Catarata. Madrid.

ANEXO I

TABLAS DE ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS.

EXPERIENCIA N° 1. “La Participación Ciudadana en la Gestión de las Políticas Públicas”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.- Activa	Información.	No hay información sobre participación.	No
	Objetivos.	Seguimiento eficaz de los problemas asistenciales.	
2.- Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	Cada una de las partes ha evaluado sus necesidades	
3.- Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Entre ambas partes han decidido cuales son las actividades para cubrir las necesidades que cada uno había detectado.	
	Tipo de actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación de material informativo sobre la enfermedad. (Ambos) • Derivación de socios a consulta, derivación de pacientes a asociación. (Ambos) • Recogida de quejas asistenciales. (Asociación) • Información sobre contacto con otras especialidades médicas. (Asociación) • Talleres de autoayuda. (Ambos) 	
4.- Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Ambos en función de la actividad, pero se realizan dentro del centro sanitario.	
5.- Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	No, sólo son entre esta unidad y la asociación.	
6.- Sostenida	Temporalidad.	Llevan realizándolas desde hace unos años y pretenden su continuidad.	

EXPERIENCIA N° 2. “Participación Comunitaria en distrito de atención primaria”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	<ul style="list-style-type: none"> . Define la participación. . Utiliza indistintamente participación ciudadana y participación comunitaria. . Lo enfoca a la promoción de la salud. . El equipo de salud está informado sobre el programa. . No hay información para la comunidad. . Hacen un diagnostico inicial sobre la participación, pero desde la visión del equipo de salud, qué problemas tienen ellos, qué necesitan. 	<p>Participa en una parte del programa</p> <p>Participa TSS</p>
	Objetivos.	<p>El objetivo final es que la participación ciudadana sea una herramienta para la promoción de la salud.</p> <p>Es un objetivo del equipo, no de la comunidad.</p>	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	<p>Evalúa las necesidades que tiene el equipo de salud.</p>	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	<p>Las decisiones las toma el equipo y ellos hacen su planificación.</p>	
	Tipo de actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Creación de una comisión de participación entre los profesionales. -Hacer un censo de asociaciones de la zona para crear una Coordinadora de Asociaciones de Salud. -Incorporar a representantes de la ciudadanía en la Comisión de atención al usuario del centro. -Incorporarse en las redes sociales de la comunidad. (Actividad que venía 	<p>Participa TSS</p> <p>Participa TSS</p>

		realizando el TSS dentro de lo que es trabajo en red para atención a colectivos con dificultades, exclusión social, enfermedad mental, violencia de género...) -Talleres de salud implicando a asociaciones. -Actividades de salud en centros educativos.	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Centro de salud	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	-Son objetivos de salud. -Se han introducido en la red de integración social que ya venía funcionando.*	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuidad	

*Esta es una red formada por profesionales de diferentes instituciones y administraciones para trabajar con colectivos especiales, es un trabajo entre técnicos, no participa la comunidad, es una actividad propia del Trabajo Social Comunitario

EXPERIENCIA N° 3. “Participación Comunitaria en UGC de distrito de atención primaria”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	-Realizan pequeño análisis demográfico de la población. -No hay información sobre participación, ni en el equipo ni en la comunidad.	Participa en una parte del programa
	Objetivos.	. Encontrar espacios comunes para aunar esfuerzos, con esto se aumentarían las mejoras a menor coste. . Generar escenarios de complementariedad. . Integrar la participación comunitaria en la UGC. . Conocer las distintas realidades sociales e individuales de la población.	Participa TSS
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	Evalúa los problemas de salud pública y los puntos críticos. Aún así son necesidades que	

		detecta el sistema de salud.	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Las decisiones las toma el equipo.	
	Tipo de actividades	-Censo de asociaciones. -Consolidar programas que ya venían realizando. TBC, Prevención de infecciones de transmisión sexual en trabajadoras del sexo, diabetes. (En estos programas participaba previamente la TSS). -Encuentro inmigración y salud y talleres para inmigrantes. -Establecer acuerdos con asociaciones para realizar talleres de promoción de la salud.	Participa TSS Participa TSS Participa TSS
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Centro de salud	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son objetivos de salud. -Para el encuentro de inmigrantes y los talleres, han participado en la comisión de inmigración ya creada entre diversos ayuntamientos y organizaciones que trabajan con este colectivo. Esta actividad si forma parte de objetivos comunitarios que se realizan en la zona con dicha población y en el que participan organizaciones de inmigrantes.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuidad.	

EXPERIENCIA N° 4. “Participación Ciudadana y voluntariado”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	Información muy escasa sobre lo que significa participar, no sobre participación comunitaria o	No participa.

		ciudadana.	
	Objetivos.	Creación de una comisión de participación, para integración de las asociaciones en el hospital y que sea órgano consultivo de la dirección. Es un objetivo del sistema sanitario	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	Evalúa las necesidades del hospital	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Consensuan algunas actividades a realizar.	
	Tipo de actividades	. Censo de asociaciones e identificación de programas a realizar con cada una. . Programa de acogida a pacientes en planta y urgencias. (Lo realizan solo profesionales) . Programa para niños hospitalizados. (Actividades lúdicas para amenizar la estancia. Lo hacen voluntarios de asociaciones). . Programa para familias de niños hospitalizados. Talleres temáticos. . Celebración días mundiales enfermedades. . Todas las actividades parten de salud.	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	-Programa niños. Las asociaciones.(Ha sido conveniado con hospital) -Programa acogida. Hospital.	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son objetivos del hospital.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuidad	

EXPERIENCIA N° 5. “Régimen de visitas por medio de la participación ciudadana”

CARACTERÍSTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	Si se contempla la información sobre participación.	No participa.
	Objetivos.	Crear un régimen de visitas para mejorar la intimidad, confort y accesibilidad de los pacientes en el hospital. Es un objetivo del sistema sanitario.	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	El hospital evalúa su problema sobre visitas, toma conciencia sobre la necesidad de resolverlo y pide colaboración a las organizaciones comunitarias que forman parte de la Comisión de Participación del Hospital.	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Si hay una toma de decisiones conjunta sobre las actividades a realizar para llevar a cabo el programa.	
	Tipo de actividades	.Dentro de la Comisión de Participación se constituye un grupo para diseñar y llevar a cabo el programa de visitas: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del régimen de visitas actual. • Propuesta del nuevo régimen. • Plan de comunicación del nuevo régimen, dentro del hospital mediante reuniones con los profesionales; fuera del hospital, mediante información en medios de comunicación locales y a través de las asociaciones. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades a realizar por el hospital, previas a la implantación del plan (cierre de accesos, identificación de circuitos, emisión de tarjetas identificativas... <p>Se define que actividades realiza cada parte.</p>	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Hospital pide colaboración.	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son actividades para este objetivo concreto.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Una vez implantado el sistema de visitas finaliza la colaboración.	

EXPERIENCIA N° 6. “Participación ciudadana”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	No se contempla la información sobre participación.	No participa.
	Objetivos.	.Participación del voluntariado de las asociaciones en los distintos servicios del hospital. .Potenciar las alianzas con las asociaciones mediante la firma de acuerdos de colaboración Son objetivos del sistema sanitario	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	Se sobreentiende que el hospital ve la necesidad de que las asociaciones colaboren con él, pero no se	

		específica. A su vez también se sobreentiende que las asociaciones tiene intereses en esta colaboración.	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	No existe	
	Tipo de actividades	. Firma de convenios de colaboración entre el hospital y las asociaciones, para realizar actividades de voluntariado en diferentes servicios del hospital. Es el hospital quien pone las condiciones sobre el tipo de asociación que puede participar y el tipo de proyecto sobre el que se puede firmar el convenio.	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Hospital. Colaboran los servicios clínicos implicados	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son actividades para este objetivo concreto.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuación en función de las evaluaciones realizadas	

EXPERIENCIA N° 7. “Proyecto de Participación ciudadana”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	No se contempla la información sobre participación y durante todo el proyecto se habla indistintamente de participación o colaboración.	No participa. Expresamente se considera que la coordinación del proyecto la tiene que realizar un técnico con experiencia en gestión sanitaria.
	Objetivos.	. Facilitar la participación de los	

		<p>ciudadanos en la mejora del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Potenciar las alianzas con las asociaciones mediante la firma de acuerdos de colaboración <p>Son objetivos del sistema sanitario.</p>	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	Sobreentiende la evaluación de las necesidades del hospital y pide opinión a las asociaciones.	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Solo pide opinión.	
	Tipo de actividades	<ul style="list-style-type: none"> .Censo de asociaciones con presencia en el hospital. . Programa Centro Libre de Humos. . Programa acompañamiento a enfermos oncológicos. . Programa correspondencia niños ingresados y sus colegios. . Programa ayuda voluntariado en servicios hospital. . Programa aula solidaria. . Programa convenio con otras instituciones. . Programa Cooperación Internacional. . Realizar base de datos de voluntarios y programas. 	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Hospital.	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son actividades para estos programas del hospital.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuación.	

EXPERIENCIA N° 8. “Plan de Participación ciudadana en salud: experiencia de participación comunitaria”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	Hacen un estudio poblacional. Definen lo que es participación comunitaria y cuál es su situación en el pueblo. Informan a la población	Participa la TSS como miembro más del equipo, se han dividido las actividades entre ellos
	Objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> . Impulsar la participación ciudadana y la promoción de la salud en la localidad. (Definen que este es el objetivo general del centro de salud que ha firmado en el contrato programa) . Informar sobre cartera de servicios del centro . Recoger sugerencias sobre el funcionamiento del centro. . Fomentar actividades de educación para la salud demandadas por asaciones. . Formar a la población para solicitar citas por internet. . Informar a los escolares sobre prevención de accidentes y 1º auxilios. . Informar a ciudadanía sobre sus derechos, 2ª opinión, donación. <p>Cada objetivo lo identifica con una organización comunitaria.</p> <p>Son objetivos del sistema sanitario.</p>	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	La evaluación la hace el dispositivo de salud.	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Solo pide opinión.	
	Tipo de	.Realización de talleres para	

	actividades	conseguir cada objetivo. . Edición de un boletín informativo y participativo. . Constitución de una comisión de participación	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Centro de salud	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son actividades para estos objetivos.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuación.	

EXPERIENCIA N° 9. “Participación ciudadana en Distrito Sanitario”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	Entienden la participación ciudadana como una herramienta de intercambio de información y opiniones, para la toma de decisiones en prevención y promoción de la salud.	Participan los TSS, se les responsabiliza como dinamizadores del proceso.
	Objetivos.	. Censo de asociaciones. . Creación de una comisión de participación. . Inclusión en las redes sociales existentes en la comunidad. . Realización de un encuentro con la ciudadanía. . Incorporar a los ciudadanos a las UGC. . Desarrollo de programas de educación para la salud. Son objetivos del sistema sanitario.	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	La evaluación la hace el dispositivo de salud, aunque al introducirse en las redes sociales de la comunidad algunas actividades están en función de lo que las redes solicitan.	
3.-Responsabilidad.	Toma de	Piden opinión para	

	decisiones conjuntas.	actividades.	
	Tipo de actividades	<ul style="list-style-type: none"> . Creación de una red de interlocutores entre salud y organizaciones sociales. . Talleres de salud en colaboración con organizaciones sociales y UGC. . Jornada de encuentro con la ciudadanía. . Programa de radio sobre alimentación. . Blog en internet para expresar opiniones. . Semana de hábitos saludables. 	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Cada centro de salud lidera unas cosas.	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son actividades para estos objetivos, la finalidad es prevención y promoción de la salud, pero cada actividad se incluye dentro otros proyectos existentes mediante un trabajo previo realizado por los TSS.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuación.	

EXPERIENCIA N° 10. “Participación ciudadana en Área Sanitaria”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	<ul style="list-style-type: none"> . Informan a través de unas jornadas de participación que lidera salud y a las que invitan a representantes de diferentes organizaciones sociales. . Concluyen en la importancia de la participación, de manera que los servicios de salud deben incorporarla como una actividad más y los gestores del sistema sanitario deben reconocerla como tal dentro 	Participa en las jornadas de información.

		de los incentivos a los profesionales. . Definen la participación ciudadana como el acceso de la población a las decisiones políticas y de gobierno, mediante una implicación activa de la población.	
	Objetivos.	Explica los objetivos de la participación, pero no del programa.	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	Realizan una encuesta de satisfacción sobre las consultas de enfermería. Hacen un grupo nominal para detectar satisfacción sobre el centro de salud.	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	Las propone salud	
	Tipo de actividades	. Consejo de participación dentro de la estructura sanitaria. Las organizaciones piden solicitud para participar. . Programa Cicerones en hospital del área junto con el Centro de día de mayores. . Proyecto infancia hospitalizada, en colaboración con voluntarios de Cruz Roja. . Proyecto de mediación intercultural.	
4.-Deliberada y libre.	Quien lidera las actividades	Área de salud	
5.-Organizada	Las actividades son parte de otros objetivos comunitarios.	Son actividades para cubrir los objetivos de salud.	
6.-Sostenida	Temporalidad.	Pretenden continuación.	

EXPERIENCIA N° 11. “Plan de Participación en barriada”

CARACTERISTICA	VARIABLE	UTILIZACIÓN	PRESENCIA TSS
1.-Activa	Información.	.Hace un estudio sociológico	Lo lleva

		<p>de la barriada, indicando como fue su nacimiento y posterior crecimiento, como esto ha influenciado en la vivienda, infraestructura de servicios, en la economía de la barriada, el tipo de población que la habita y en la salud de dicha población. .Define el tipo de población en función de sus características sociales, no sólo de sus características demográficas. Sitúa la barriada en relación al resto de la ciudad, el desarrollo urbanístico posterior alrededor de la misma, lo que ha hecho que la barriada quede en un cierto aislamiento con respecto al resto de servicios urbanos. .Esto confiere unas características especiales a la población que la habita y hace que la propia ciudad tenga una concepción determinada de la barriada. Con esta información (diagnostico) se propicia un plan de participación comunitaria junto con la población.</p>	<p>directamente, desde salud, la TSS</p>
	<p>Objetivos.</p>	<p>. Modificar la realidad de la barriada implicando a: vecinos, sectores de la acción social (educación, ssss, empleo, salud, vivienda), agentes sociales (asociaciones, ONGs), administraciones y representantes políticos. . El objetivo principal es lograr que las administraciones públicas con competencias tomen conciencia de la necesidad de intervenciones en ella y promuevan proyectos</p>	

		globales e intersectoriales que den respuestas a los problemas detectados para mejorar la calidad de vida en el barrio.	
2.-Toma de conciencia de los problemas	Evaluación de necesidades.	<p>Trabajan con la población para que expresen sus necesidades. Los técnicos movilizan a la población para que hagan un diagnóstico de la situación. Para el diagnóstico utilizan grupos focales y posteriormente identificadas las necesidades se constituyen comisiones de trabajo para buscar alternativas.</p> <p>Problemas detectados:</p> <p><i>Vivienda.</i> Viviendas en mal estado, con problemas de humedad, barreras arquitectónicas, estanqueidad, etc. Relacionando esta situación con los problemas de salud que pueden derivarse.</p> <p><i>Urbanismo.</i> Barreras arquitectónicas, malas condiciones de las calzadas y Acerados, deterioro del mobiliario urbano, deficiencias en lugares de uso público, etc. Con respecto a salud esto supone riesgos de caídas para personas con dificultades de movilidad y aislamiento.</p> <p><i>Educativos.</i> Bajo nivel de instrucción, fuerte absentismo, grave fracaso escolar. Esto conlleva en el futuro dificultades de acceso al empleo.</p> <p><i>Desempleo.</i> Conlleva a dificultades económicas y a que muchas familias se sustenten de las pensiones de los ancianos.</p> <p><i>Adicciones.</i> Graves problemas de drogodependencias que se</p>	

		<p>ven relacionados con la salud, con problemáticas de índole familiar, actividades ilegales, inseguridad ciudadana, economía sumergida...</p> <p>Además se detecta <i>tráfico de drogas</i> en el barrio, que propicia la visión de marginalidad, inseguridad, aislamiento y exclusión social con el resto de la ciudad.</p> <p>Otros problemas de salud.</p> <p><i>Embarazos no deseados</i> que finalizan en interrupción voluntaria del mismo (IVE).</p> <p><i>Alto nº de avisos médicos</i> que están relacionados con factores de diversa índole (barreras arquitectónicas, accesibilidad al centro, bajo nivel educativo, edad avanzada de la población, escasa red de apoyo social...)</p>	
3.-Responsabilidad.	Toma de decisiones conjuntas.	<p>La búsqueda de alternativas parte de los propios afectados integrados en diferentes comisiones, precisando no solo las necesidades y factores de riesgo, sino identificando los puntos fuertes y experiencias positivas.</p>	
	Tipo de actividades	<p>Las actuaciones han pasado por fases interconectadas entre sí.</p> <p><i>Primero.</i> Constitución de una coordinadora, formada por vecinos implicados y representativos en la comunidad, y profesionales de TS (SSSS y Salud). Previamente existía un germen de “coordinadora” que se potenció con la inclusión de nuevas fuerzas vivas.</p> <p><i>Segundo.</i> De esta coordinadora surgió la idea de formar otras coordinadoras</p>	

		integral para la zona con la implicación de las distintas administraciones y representantes políticos. Consideran que el proceso es irreversible.	
--	--	---	--

ANEXO II**TABLAS DE RESULTADOS DEL ANÁLISIS**

Tabla n°1. Zona de salud donde se desarrollan

Zona de salud	N° de experiencias
UGC	1
Distrito A.P.	4
Hospital	4
Área sanitaria	1
Barriada /Centro salud	1
TOTAL	11

Tabla n° 2. Participación del TSS en el proyecto

TSS	Hospital	Distrito	Área	C. Salud	TOTAL
SI			1	1	2
NO	5				5
Parte equipo		4			4
TOTAL					11

Tabla n° 3. Quien presenta la experiencia

Presenta	Hospital	Distrito	Área	C. Salud	TOTAL
Facultativo/asociado	UGC				1
Responsable A. C.	1	3			4
Responsable P.C.	3				3
TSS				1	1
NC		1	1		2
TOTAL	5	4	1	1	11

Tabla n° 4. Información sobre participación

Información participación	N° Experiencias
Sin información participación en programa	5
Con información participación en programa	6
Sin información a población	3
Con información a población	3
TOTAL	11

Tabla nº 5. Definición y priorización de objetivos

Objetivos	Nº Experiencias
Define objetivos S. Salud	9
Define objetivos comunidad	1
No define objetivos	1
TOTAL	11

Tabla nº 6. Evaluación de las necesidades

Evaluación necesidades	Nº Experiencias
Necesidades def. por sistema de salud	9
Necesidades def. por comunidad	1
Necesidades conjuntas	1
TOTAL	11

Tabla nº 7. Toma de decisiones sobre actividades

Toma decisiones	Nº Experiencias
Cada sistema independiente	1
Sistema de salud sin opinión	3
Sistema de salud con opinión	3
Decisiones consensuadas	2
Comunidad	1
No consta	1
TOTAL	11

Tabla nº 8. Actividades realizadas

Tipo actividades	Nº Experiencias*
Actividades de información	1
Talleres promoción salud	6
Comisión participación	3
Censo asociaciones	4
Inmersión en redes sociales	1
Encuentros	2
Programas voluntariado hospital	4
Firma convenio colaboración.	1
Consejo participación de profesionales salud	1
Coordinadora vecinal	1
Creación comisiones por área de necesidad	1
TOTAL	25

*El total de las actividades es superior a 11 debido a que en cada experiencia se realizan varias actividades de diferentes tipos.

Tabla nº 9. Quien lidera las actividades

Lidera actividades	Nº Experiencias
Servicios de salud	8
Comunidad	1
Salud/Comunidad en función de actividad	2
TOTAL	11

Tabla nº 10. Actividades como objetivos comunitarios

Objetivos comunitarios	Nº Experiencias
Actividades cubren objetivos de salud	7
Actividades NO cubren objetivos comunitarios	3
Actividades SI cubren objetivos comunitarios	1
TOTAL	11

Tabla nº 11. Actividades sostenidas en el tiempo

Actividades en tiempo	Nº Experiencias
Pretenden continuidad	9
Momento puntual	1
Participación como irreversible	1
TOTAL	11

Tabla nº 12. Grado de participación

Grado de participación	Nº Experiencias*
Información	8
Consulta	8
Participación en gestión	1
TOTAL	17

*El total suma más de 11 porque hay experiencias que utilizan varios grados de participación a la vez.