



TESIS DOCTORAL

PREPARACIÓN COMUNITARIA Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD

Daniel Holgado Ramos

2010



TESIS DOCTORAL

PREPARACIÓN COMUNITARIA Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD EL TRABAJO SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

Autor: Daniel Holgado Ramos

Director de Tesis: Dr. Isidro Maya Jariego

Departamento de Psicología Social

Universidad de Sevilla

2010

“Our field was correct in rejecting the university-based laboratory as the sole, or even predominant, locale in which to discover psychological principles. But we need to get beyond a more general prejudice against recognizing that universities are worthy of study as workplaces for large numbers of people and major contributors to their local economies and communities. It is time to bring community psychology home”

A.M. Cauce, 2007.

La realización de la presente tesis fue posible gracias a los proyectos de investigación “Investigación-acción y sistematización de la práctica con trabajadores sociales de Centros de Atención Primaria” y “Modelo comunidad-práctica-resultados en la mejora de la implementación de programas de los trabajadores sociales en Centros de Atención Primaria” (SI-030/08) financiados por la Subdirección de Organización y Cooperación Asistencial del Servicio Andaluz de Salud.

AGRADECIMIENTOS

Aunque la elaboración de una tesis doctoral es, al fin y al cabo, un producto individual, su proceso de gestación, su elaboración y su escritura y, sobre todo, sus implicaciones, son, al igual que en otros ámbitos de la vida, siempre colectivas. La mía no lo es menos, por ello me siento en la obligación de incluir en ella a todos aquellos que, de una u otra forma, me han ayudado a llegar hasta aquí.

En primer lugar, al Dr. Isidro Maya Jariego. Hablar de dedicación y apoyo ni siquiera se acercaría a todo lo que ha significado en mi vida. Ha sido siempre una referencia, un espejo en el que mirarme y del que aprender cada día. Él es el alma de esta tesis. Lo conseguimos, Isidro.

A Ignacio Ramos, por su ayuda y su compañía. El apoyo tiene múltiples facetas y él las ha cubierto casi todas. Una parte de esta tesis también le pertenece. A Fran Santolaya, por su ayuda en la revisión de la tesis. Ha estado ahí siempre que lo he necesitado. Ellos son la constatación de que existen personas que merece la pena conocer.

A Patricia García y María Dolores Fernández, por su confianza plena en nuestro grupo y su apuesta decidida por la investigación en intervención comunitaria en salud.

A los trabajadores sociales de atención primaria de Andalucía. Su esfuerzo y su trabajo en un contexto no siempre proclive al apoyo a su trabajo, implican un gran

mérito en la labor que llevan a cabo. Les doy las gracias por su colaboración desinteresada. Ellos inspiran este trabajo.

A Antonio Gavilán, por su ayuda en la realización de las entrevistas por toda Andalucía.

Al Departamento de Psicología Social, por su apoyo a la investigación en intervención comunitaria, por su ayuda a los estudiantes de doctorado y por su apuesta decidida por todos aquellos que tratan de aportar algo nuevo.

A Álvaro, a José Manuel, a Lola, a Elsa y a María Dolores, de Écija. Allí empezó todo.

A mi madre y a mis hermanos. Ellos son el impulso de cada día.

A María Ángeles, mi mujer. Ella es el gran pilar que me sostiene. No hay palabras para poder describir lo que ha hecho por mí. Tú lo eres todo.

A mi padre.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. REFORMA SANITARIA, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA	8
La reforma sanitaria en España y Andalucía.....	8
Las funciones del trabajo social en APS	14
Los factores organizativos y comunitarios en trabajo social en APS.....	17
Retos del trabajo social en APS	22
CAPÍTULO II. LA CIENCIA COMUNITARIA, EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y LA PREPARACIÓN COMUNITARIA PARA EL CAMBIO	26
La transferencia de resultados entre ciencia y práctica y el proceso de intervención comunitaria	27
<i>El modelo de la ciencia de la prevención</i>	<i>27</i>
<i>El modelo centrado en la comunidad.....</i>	<i>30</i>
<i>Integración de modelos y efectividad de la implementación</i>	<i>33</i>
<i>Implementación, entorno comunitario y efectividad</i>	<i>39</i>
La preparación comunitaria para el cambio y el proceso de intervención comunitaria	45
<i>Preparación comunitaria e intervención social.....</i>	<i>45</i>
<i>Factores, dimensiones y niveles de preparación comunitaria.....</i>	<i>56</i>
<i>El contexto organizativo y el contexto comunitario en la preparación para el cambio.....</i>	<i>58</i>
<i>Evaluación de la preparación comunitaria.....</i>	<i>61</i>

<i>El carácter dinámico de la preparación comunitaria</i>	63
CAPÍTULO III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	66
CAPÍTULO IV. LA PREPARACIÓN COMUNITARIA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA.	69
Objetivos	71
Metodología	73
<i>Evaluación de la preparación comunitaria</i>	73
<i>Participantes</i>	75
<i>Instrumentos</i>	76
Resultados	79
<i>Problemas, programas y poblaciones atendidas en el entorno comunitario</i>	79
<i>Preparación comunitaria para el cambio</i>	83
<i>Fiabilidad de la escala de preparación comunitaria</i>	84
<i>Análisis factorial y dimensiones de preparación comunitaria</i>	85
<i>Análisis de conglomerados y tipos de contextos de preparación comunitaria</i>	87
<i>Perfiles de preparación comunitaria e indicadores organizativos y sociales de salud</i>	90
Discusión de resultados	100
<i>Tres perfiles de preparación comunitaria</i>	100
<i>Aspectos metodológicos del estudio</i>	104
<i>Contingencia entre el contexto comunitario y la intervención comunitaria</i>	105
CAPÍTULO V. EL CONTEXTO ORGANIZATIVO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA	109

Objetivos	113
Metodología	114
<i>Participantes.....</i>	<i>114</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>117</i>
Resultados	118
<i>Aspectos organizativos del centro de salud</i>	<i>118</i>
<i>Rol profesional del trabajador social</i>	<i>124</i>
<i>Sentido de pertenencia al centro de salud.....</i>	<i>131</i>
<i>Sentido de comunidad, clima para la innovación y funciones del trabajador social.....</i>	<i>132</i>
<i>Clima para la innovación e integración en el equipo de salud</i>	<i>136</i>
<i>Observación de la dinámica de funcionamiento del centro de salud.....</i>	<i>138</i>
Discusión de resultados.....	140
CAPÍTULO VI. LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD: EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CENTROS DE APS.....	145
Objetivos	147
Metodología	148
<i>Participantes.....</i>	<i>148</i>
<i>Instrumentos y medidas</i>	<i>149</i>
El contexto comunitario, el contexto organizativo y el rol del trabajo social en APS.....	152
<i>Factores y procesos de interacción entre el contexto comunitario y el contexto organizativo</i>	<i>152</i>
<i>Análisis estructural de los casos</i>	<i>157</i>
<i>Análisis cualitativo de los casos.....</i>	<i>165</i>
<i>Recapitulación y resumen.....</i>	<i>180</i>

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....	183
La preparación comunitaria en la intervención social	184
El rol profesional y el contexto organizativo en la intervención social	185
Comunidad, práctica y resultados en la intervención social.....	187
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190
ANEXO. ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE	217
RESUMEN.....	253

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Número de centros de salud y trabajadores sociales por provincia	13
Tabla 2. Integración de modelos de intervención comunitaria.....	38
Tabla 3. Implementación de innovaciones y factores comunitarios (Durlak & Dupree, 2008).....	44
Tabla 4. Dimensiones y áreas de preparación organizativa para el cambio (Lehman et al., 2002)	48
Tabla 5. Dimensiones y niveles de preparación comunitaria.....	57
Tabla 6. Distribución de trabajadores sociales por provincias.....	75
Tabla 7. Frecuencia de problemas comunitarios	79
Tabla 8. Áreas de intervención desde el centro de salud.....	80
Tabla 9. Poblaciones atendidas desde el centro de salud.....	81
Tabla 10. Frecuencia de contacto con otras organizaciones comunitarias	82
Tabla 11. Medias de la escala de Preparación Comunitaria.....	83
Tabla 12. Análisis factorial de la escala de preparación comunitaria.....	85
Tabla 13. Análisis de conglomerados	88
Tabla 14. Problemas comunitarios en función de los perfiles de preparación comunitaria	91
Tabla 15. Programas aplicados en función de los perfiles de preparación comunitaria	92
Tabla 16. Nivel de atención a diferentes poblaciones en función de los perfiles de preparación comunitaria	93
Tabla 17. Funcionamiento del centro de salud y perfiles de preparación comunitaria.....	94

Tabla 18. Conglomerados y centros finales de funcionamiento del centro de salud.....	95
Tabla 19. Comparación de perfiles de preparación comunitaria y niveles de funcionamiento organizativo	97
Tabla 20. Características del perfil comunitario de preparación comunitaria.....	101
Tabla 21. Características del perfil técnico-asistencial de preparación comunitaria.....	102
Tabla 22. Características del perfil biomédico de preparación comunitaria.....	103
Tabla 23. Comparación de procedimientos de evaluación de la preparación comunitaria	105
Tabla 24. Distribución de trabajadores sociales por provincias.....	115
Tabla 25. Ocupación de los informantes clave entrevistados.....	116
Tabla 26. Recursos materiales disponibles en el centro de salud	119
Tabla 27. Necesidades formativas de los trabajadores sociales	120
Tabla 28. Demandas percibidas del contexto de trabajo.....	121
Tabla 29. Clima para la innovación en el contexto de trabajo	123
Tabla 30. Funciones de captación de usuarios	125
Tabla 31. Funciones de atención individualizada	126
Tabla 32. Funciones de coordinación sociosanitaria.....	127
Tabla 33. Funciones de promoción de la salud y participación social	127
Tabla 34. Tipos de funciones asignadas a los trabajadores sociales.....	129
Tabla 35. Número de funciones asignadas a los trabajadores sociales	130
Tabla 36. Perfil profesional, funciones asignadas y contactos	130
Tabla 37. Sentido de pertenencia al centro de salud.....	131

Tabla 38. Correlaciones entre indicadores organizativos y profesionales	134
Tabla 39. Modelo de regresión lineal para el clima de innovación. Atención individualizada, satisfacción de necesidades e influencia en el centro de salud.....	137
Tabla 40. Resumen de casos	154 y ss.
Tabla 41. Nodos con mayor grado e intermediación	161
Tabla 42. Principales resultados y conclusiones.....	188
Gráfico 1. Rol profesional, contexto organizativo y comunidad.....	5
Gráfico 2. Evolución de las consultas de trabajo social 1998-2008	14
Gráfico 3. Modelo de la ciencia de la prevención.....	28
Gráfico 4. Puntuaciones en factores por conglomerados	89
Gráfico 5. Puntuaciones en variables por conglomerado.....	96
Gráfico 6. Puntuaciones por dimensión de la escala de SOC.....	132
Gráfico 7. Red del conjunto de casos.....	160
Gráfico 8. Ámbito de Participación Social.....	163
Gráfico 9. Ámbito de Preparación Comunitaria.....	164
Gráfico 10. Ámbito del Sistema Sanitario	166

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la atención sociosanitaria, se ha destacado desde hace décadas la necesidad de contar con una perspectiva psicosocial en el tratamiento integral de los problemas de salud de la población. Desde las propuestas de Alma Ata (OMS/UNICEF, 1978), la APS ha sido considerada como el servicio básico de los sistemas de salud que proporciona una atención sanitaria integral a la comunidad. Ello ocurre porque tiene en cuenta los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad. De hecho, la APS se considera como una parte importante del propio proceso de desarrollo comunitario (Megía, Pérez, Solano & García, 1987). Desde la perspectiva de la APS, la prevención y la promoción de la salud contribuirían al desarrollo comunitario y al progreso económico, social y cultural de la comunidad. Además, permitirían la adopción de una visión integral de los procesos de salud. El desarrollo comunitario parte de este modo de las propias características comunitarias, de la participación social y de la toma del control y la potenciación de los propios recursos. Estos procesos son determinantes en el desarrollo de los servicios de salud, en el acceso de los usuarios a estos servicios, y en última instancia, en los resultados de las intervenciones en el contexto de la APS (Kirk, Bailey, Glendinning & Burkey, 1997).

En este contexto, se ha subrayado el papel de las competencias del trabajo social en el manejo de los condicionantes psicosociales para el tratamiento de la enfermedad (Rock & Cooper, 2000; Berkman et al., 1996; Azzarto, 1993; Ell & Morrison, 1981). Los inicios del trabajo social sanitario se remontan a principios

del siglo XX, cuando el doctor Richard Cabot y una de las pioneras del trabajo social en salud, Ida M. Cannon, implementaron en 1905 el primer servicio de trabajo social en salud (denominado en aquel momento Servicio Social Médico) en el Hospital General de Massachussets (Colom, 2008). Desde este servicio se proporcionaba, junto al diagnóstico y al tratamiento médico del paciente, información relacionada con su estado mental y con las características de su contexto social (Cannon, 1908). Para Cabot (1917), la principal aportación que el trabajo social podía hacer en el contexto sanitario, no tenía relación tanto con los aspectos metodológicos, como con la incorporación de una visión más amplia de los problemas de salud. De este modo, los servicios prestados por el médico y el trabajador social tenían que ser interdependientes, de la misma forma que lo eran los condicionantes físicos y sociales del usuario. Esta interdependencia debía ser efectiva no solo en el tratamiento, sino también en la búsqueda de las causas y los factores desencadenantes de la enfermedad (Cannon, 1913).

En España, cabe destacar la aplicación del *método básico de trabajo social* (estudio del campo de acción, interpretación de los datos, diseño del plan de trabajo, ejecución y evaluación) en el campo de la salud mental, realizada por Colomer (1974). De hecho, durante los años 70, el campo sanitario fue uno de los de más rápido crecimiento en la incorporación de asistentes sociales (Sarriá, Vilas & Fuertes, 1976). Si bien es cierto que son todos los profesionales del equipo de salud los que deben asumir esta responsabilidad, la integración del trabajo social (y de la perspectiva psicosocial en general) en el contexto de la APS ha ofrecido una aproximación innovadora a la intervención sociosanitaria, que permite hacer frente a los déficits en la atención y el cuidado de salud del usuario.

Sin embargo, el contexto sanitario plantea en ocasiones dificultades al trabajador social para el adecuado desempeño del rol profesional asignado (Burgos, 2003; Abreu et al., 2004; Regato, Domínguez & Sancho, 2009; Abreu, 2009). Se trata de un contexto en el que el tipo de atención al usuario ha sido tradicionalmente asistencial, con intervenciones a demanda, centradas fundamentalmente en los condicionantes físicos y biológicos de la enfermedad. Por ello, para el desarrollo adecuado de la atención sociosanitaria integral, es necesario potenciar en este contexto los procesos de intervención comunitaria y de participación social. Una estrategia adecuada podría ser, junto a la inclusión de procesos sociales y comunitarios en la atención de los usuarios de servicios de salud por parte de otros profesionales (Soler Torroja, 2005; Guirao-Goris, 2009), la promoción del rol del trabajador social en los contextos sanitarios (Abreu, 2009). Para ello, es necesario comprender el papel que los condicionantes organizativos y comunitarios ejercen en la práctica de estos profesionales. En este sentido, es importante explorar e identificar, en el contexto de la APS, (a) el papel de los procesos de implementación en la efectividad de los programas de salud (b) la aplicación de modelos de intervención en salud centrados en la comunidad (que incluyan la participación, la potenciación, la capacitación o la movilización social) y (c) el impacto de los elementos y procesos organizativos (cohesión grupal, clima laboral, iniciativas del centro de salud o fomento de la innovación en la organización) y comunitarios (características sociodemográficas, preparación comunitaria para el cambio social o la participación y la movilización social) sobre la intervención sociosanitaria desde el centro de salud.

La relación entre los procesos organizativos y comunitarios mencionados y su impacto sobre la eficacia de la implementación de programas en el contexto comunitario, ha sido apuntada y explorada previamente. Por ejemplo, Flaspohler, Duffy, Wandersman, Stillman & Maras (2008) describieron la interacción entre los niveles individual, organizativo y comunitario de la capacidad comunitaria. Destacaron además cómo los cambios a nivel individual u organizativo relacionados con la capacidad, la preparación o las competencias y habilidades de intervención, pueden provocar cambios a nivel comunitario y viceversa. Por su parte, Chilenski, Greenberg & Feinberg (2007) estudiaron cómo la dinámica y estructura internas de las organizaciones comunitarias (liderazgo, procesos de toma de decisiones, clima organizativo, etcétera), junto a la participación individual dentro y fuera de la organización, pueden afectar al cambio comunitario. Finalmente, Greenhalgh, Robert, Mcfarlane, Bate & Kyriakidou (2004) describieron la combinación de factores necesarios (liderazgo, claridad en los objetivos, relaciones profesionales, tolerancia a la innovación, la experimentación y la toma de riesgos y la presencia de protocolos de recogida de datos y resultados) para que los servicios de salud sean contextos receptivos al cambio propuesto por los procesos de implementación.

Mediante la presente investigación planteamos el estudio de la interacción entre factores y procesos organizativos y comunitarios en APS y su impacto sobre el rol y la práctica profesional de los trabajadores sociales en los centros de salud (Gráfico I). Se explorarán las características de los contextos comunitarios (preparación comunitaria para el cambio, participación social, etcétera) de los centros de salud y el ajuste de la práctica profesional a estos contextos.

Igualmente se describirán los principales procesos organizativos y grupales de los centros y equipos de salud en APS, así como la percepción diferencial de estos procesos por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios.

Gráfico 1. Rol profesional, contexto organizativo y comunidad



Comenzaremos describiendo el contexto de la APS en España y su evolución desde la reforma sanitaria de 1984. Asimismo, detallaremos el papel del trabajador social en APS, sus competencias profesionales, su relación con los sistemas organizativos e institucionales y su inclusión en los equipos sanitarios de los centros de salud. Finalmente, describiremos los retos y barreras que estos profesionales se pueden encontrar en el desarrollo de su rol profesional.

En segundo lugar describiremos las estrategias de transferencia de resultados propuestas en la literatura, así como la relación entre las características

organizativas y comunitarias y la implementación y la efectividad de las intervenciones. Finalizaremos esta segunda parte, con la revisión del concepto de preparación comunitaria para el cambio social y su relación con otros procesos comunitarios.

Posteriormente describiremos los tres estudios que componen la presente tesis doctoral. En el primer estudio entrevistamos a 81 trabajadores sociales de APS en Andalucía. Se evaluaron indicadores relacionados con las características del contexto organizativo y del contexto comunitario del centro de salud en el que trabajaban cada uno de los informantes clave entrevistados. Con estos indicadores se obtuvo información de la preparación comunitaria y organizativa para el cambio en salud.

En el segundo estudio, se visitaron 40 centros de salud de Andalucía, donde fueron entrevistados 80 informantes clave (trabajadores sociales y otros profesionales de los equipos de salud). Se observó la práctica de la intervención comunitaria en salud desde dichos centros. También se evaluaron indicadores organizativos y profesionales como la práctica y las competencias del trabajador social, los recursos organizativos, el clima para la innovación y las demandas laborales del centro de salud o las expectativas de rol de los profesionales del centro respecto al trabajador social.

En tercer lugar, se hicieron 10 estudios de caso de la práctica y el contexto profesional del trabajo social en APS en Andalucía. Para ello se entrevistó a actores clave de dicho contexto. En estas entrevistas personales se obtuvo

información de los condicionantes comunitarios y organizativos de la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Finalmente, en el último capítulo describiremos las principales conclusiones extraídas de los resultados encontrados en los estudios mencionados.

CAPÍTULO I. REFORMA SANITARIA, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA

La reforma sanitaria en España y Andalucía

La incorporación oficial de la perspectiva psicosocial en el tratamiento de la enfermedad desde la atención sanitaria, comenzó en nuestro país con la reforma del sistema sanitario español de 1984, a través del *Real Decreto 137/1984 del 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud*. A través de este Decreto se establecía la definición del nuevo sistema de salud. En él se articulaban los elementos básicos que compondrían el sistema de APS en España, las Zonas Básicas de Salud y los Equipos de Atención Primaria.

En el primer caso, la Zona Básica de Salud era el marco territorial en el que se desarrollaría la actividad sanitaria, con una delimitación poblacional de entre 5.000 y 25.000 habitantes. Su referencia física era el Centro de Salud, lugar donde operaría el Equipo de Atención Primaria, integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios. El Centro de Salud sería la estructura física y funcional que permitiría una atención primaria coordinada, global, continua, integral y permanente. La integración de varias zonas básicas daría lugar a un Distrito Sanitario. La zona básica de salud ha sido un elemento fundamental de planificación, sobre todo en los inicios de la reforma sanitaria. Pero también desde el principio, se constató la posibilidad de que la consideración de unidades

territoriales de actuación, llevara aparejada la aplicación de intervenciones homogéneas y de modelos únicos de organización sanitaria en contextos en los que podría existir una gran diversidad y heterogeneidad interna (Megía et al., 1987).

En cuanto al equipo de APS sería el conjunto de profesionales jerarquizados que ofrecería:

- (a) la asistencia sanitaria a la población adscrita a la zona de salud,
- (b) la educación sanitaria de la población,
- (c) las actividades de prevención y promoción de la salud y de reinserción social,
- (d) el diagnóstico de salud de la zona,
- (e) la evaluación de las actividades sanitarias y sus resultados,
- (f) las actividades de formación en atención sanitaria y los estudios clínicos y epidemiológicos de la zona y,
- (g) la participación en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

El equipo de APS estaría formado fundamentalmente por los médicos de familia y los pediatras, los diplomados en enfermería y los ATS, los auxiliares de enfermería, el personal administrativo y los asistentes y trabajadores sociales. En un principio, estos últimos también formaban parte, junto a otros profesionales (veterinarios, farmacéuticos, matronas, fisioterapeutas o psicólogos, entre otros),

de los programas de apoyo al equipo. Castillo & Abad (1991) apuntan que los programas de apoyo surgieron como complemento de las actividades del equipo de salud que precisaran de personal técnico especializado. Estos programas pretendían establecer objetivos, estrategias de actuación y protocolos de coordinación interna y externa al centro e incorporar sistemas de evaluación, control y seguimiento de la atención sociosanitaria (Megía et al., 1987). Los principales programas de apoyo definidos en aquel momento en la normativa interna del INSALUD eran: el programa de atención a la mujer, el programa de rehabilitación, el programa de salud mental y el programa de trabajo social. Este último tenía como competencias la promoción, la prevención, la rehabilitación de la salud y la reinserción comunitaria, así como actividades de fomento de la participación social (Castillo & Abad, 1991).

En un principio, la figura del trabajador social en el equipo APS se planteó como la de un profesional de enlace para la coordinación sociosanitaria con otras entidades y asociaciones comunitarias (Regato et al., 2009). Además se trataba de incorporar la perspectiva psicosocial en la atención sanitaria. Sin embargo su inclusión en el sistema sanitario ha tenido una evolución desigual y lenta desde la reforma de 1984. Su rol no se ha acabado de consolidar dentro de los equipos de salud debido a la falta de crecimiento de las plantillas, la falta de definición adecuada de sus funciones en los centros (en ocasiones con sobrecarga de tareas y trámites burocráticos) o la elevada ratio poblacional y la desigual distribución por centros o equipos (con un mismo profesional para varios equipos, centros y zonas en algunos casos). Por otro lado, existe una cierta heterogeneidad en su metodología y práctica de intervención. Ello se puede deber a la falta de

formación específica en APS, a la inexistencia de marcos normativos de referencia en la regulación de sus funciones, al desconocimiento por parte del resto de profesionales sanitarios de su papel y sus competencias y al aislamiento y la dispersión (Regato et al., 2009).

En Andalucía, la regulación de los Servicios de Atención Primaria de Salud se realizó a través del *Decreto 195/1985*, en el que se establecen definiciones similares para la Zona Básica de Salud, el Distrito y el Centro de Salud y para el Equipo de Atención Primaria. En este caso, la figura del trabajador o asistente social también se establece como miembro del equipo de salud, más allá de su participación en diversos programas de apoyo. De hecho, las funciones de apoyo podían ser ejercidas por el trabajador social sin perjuicio de su posible pertenencia a un equipo básico.

En el *Decreto 197/2007*, se realiza una nueva regulación del sistema de APS en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, motivada por la entrada en vigor de la *Reforma del Estatuto de Autonomía de Andalucía* y las propuestas de reordenación profesional y organizativa de la *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*. En el decreto citado, se establece una reorganización de las estructuras directivas y de apoyo a la gestión sanitaria y de la agrupación funcional de los profesionales, para favorecer la atención integrada y la continuidad asistencial. En este caso, la figura del trabajador social sólo se nombra, junto a la de otros profesionales, en la composición de los dispositivos de apoyo a las unidades de gestión clínica (nueva denominación de los equipos de APS), aunque la realidad habla de la incorporación efectiva de los trabajadores

sociales al equipo de salud de los centros de APS en los que desarrollan su actividad profesional.

La inclusión de los aspectos sociales y comunitarios en la intervención en salud en Andalucía, queda reflejada en el *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*. Sus líneas prioritarias se centran en el desarrollo de un modelo integrado de salud, la reducción de las desigualdades en salud y la atención a colectivos excluidos, el fomento de la participación comunitaria en los servicios o la promoción de la incorporación de las nuevas tecnologías a las iniciativas de atención en salud. En la actualidad, se está desarrollando el *IV Plan Andaluz de Salud*, que pretende profundizar en la aportación a la población una atención integral en salud. Finalmente, el *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario 2005-2008*, establece como procesos clave, entre otros, el ajuste y la adaptación de los servicios de salud al usuario, la gestión de las relaciones con la comunidad, la promoción y la prevención de la salud, la implementación de la innovación organizativa y el fomento de la investigación y la creación e intercambio de conocimiento.

En 2008, existían en Andalucía un total de 390 centros de APS, 699 consultorios locales y 413 consultorios auxiliares. En total, había 297 trabajadores sociales adscritos a APS. La distribución de los centros y trabajadores sociales por provincias aparece en la tabla 1.

Tabla 1. Número de centros de salud y trabajadores sociales por provincia

<i>Provincias</i>	<i>Nº de centros de salud</i>	<i>Nº de trabajadores sociales</i>	<i>Ratio de trabajadores sociales por CS</i>
Almería	34	27	0.79
Cádiz	53	40	0.75
Córdoba	39	28	0.71
Granada	50	38	0.76
Huelva	28	25	0.89
Jaén	40	36	0.90
Málaga	63	49	0.77
Sevilla	83	54	0.65
Total	390	297	0.76

Jaén (0.90) y Huelva (0.89) son las provincias con el ratio más alto de trabajadores sociales por centro de salud. Por el contrario, el ratio más bajo se encuentra en la provincia de Sevilla (0.65).

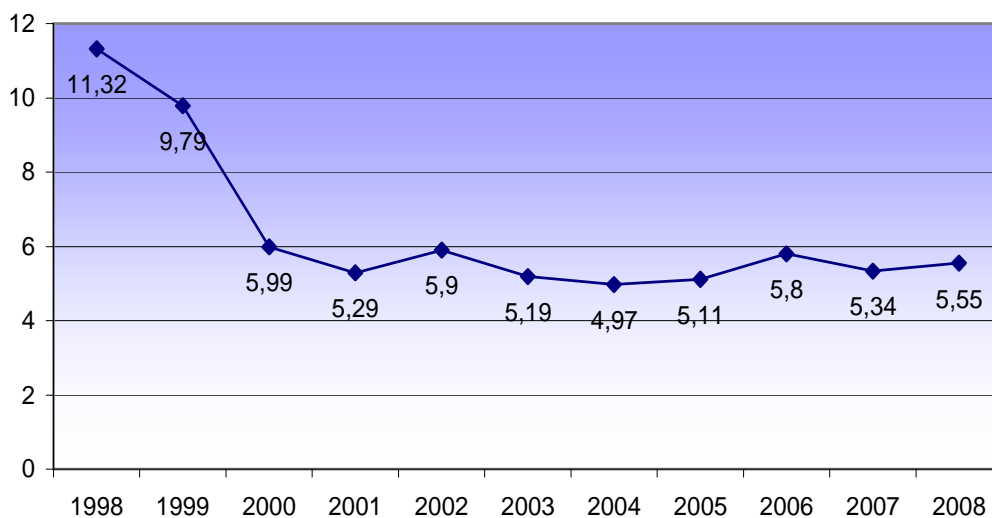
En cuanto a las consultas individuales de usuarios, en total, durante el año 2008, se atendieron 443.495 consultas de trabajo social, lo que supone solo el 0.5 por ciento del total de consultas atendidas desde el centro de salud, frente a las de médicos y enfermeros, que supusieron el 58.8 y el 31.2 por ciento respectivamente. La media de consultas de usuarios por día fue de 5.5, frente a las 41.9 de los médicos y las 21.7 de enfermería. Ello muestra el papel secundario del trabajo social en la APS en Andalucía. Por otro lado, también informa de los recursos disponibles en atención a usuarios por parte del trabajador social (teniendo en cuenta la baja ratio de trabajadores por centro) y del tipo de asistencia ofrecida por estos profesionales. En este sentido, quizá este profesional necesite de una cierta disponibilidad de tiempo por usuario para realizar un

diagnóstico sociosanitario adecuado y la correspondiente provisión de recursos y propuestas de intervención.

Finalmente, en el gráfico 2 podemos observar la evolución del número de consultas atendidas por los trabajadores sociales en el periodo 1998-2008.

Gráfico 2. Evolución de las consultas de trabajo social 1998-2008*

*Fuente: Servicio Andaluz de Salud. SIGAP+DIRAYA.



Como vemos, el número de consultas atendidas por el trabajador social en los centros de APS, se ha mantenido estable desde el año 2000, con alrededor de 5 consultas al día, después de que tras los años 1998 (11.32 consultas) y 1999 (9.79 consultas) se produjera un fuerte descenso.

Las funciones del trabajador social en salud

Dentro de este contexto, el rol del trabajador social se centra en la intervención en los aspectos psicosociales de la enfermedad (Colom, 2008). El entrenamiento y las competencias profesionales del trabajador social permiten que incorpore su

perspectiva en (a) la evaluación de los aspectos psicosociales de la enfermedad, (b) el trabajo efectivo con sistemas familiares, (c) la implementación de estrategias efectivas de resolución de problemas y (d) la provisión de un conocimiento exhaustivo de los recursos comunitarios (Geron, Andrews & Kuhn, 2005).

Siefert y Henk (2001) apuntan que los trabajadores sociales pueden aportar las siguientes competencias:

1. Llevar a cabo estudios de los factores de riesgo y protección de los individuos, las familias, los grupos, las organizaciones y las comunidades, con el objetivo de proporcionar un continuo en la intervención en salud.
2. Planificar intervenciones centradas en el desarrollo de capacidades individuales, culturalmente sensibles y específicas en función del género, las familias, los grupos o las comunidades a las que vayan dirigidas. Estas intervenciones deben tener en cuenta la prevención y la promoción de la salud y la intervención continua e interprofesional.
3. Desarrollar de forma efectiva el rol de agente de intervención psicosocial en el contexto sanitario, (a) participando en los equipos de salud, (b) evaluando, implementando y manteniendo programas integrales de intervención en salud, y (c) aplicando sus conocimientos teóricos y prácticos sobre gestión grupal, organizativa y comunitaria (gestión de equipos de trabajo, mejora continua de la calidad, marketing social, etcétera).

4. Trabajar de forma efectiva con la comunidad, construyendo coaliciones y grupos de trabajo con líderes comunitarios, organizaciones e instituciones del entorno, para colaborar en la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
5. Incorporar los valores y principios éticos de la intervención psicosocial en la planificación, el desarrollo y la implementación de programas dentro del centro de salud.

Por otro lado, en el Documento Marco del Rol del Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud en el Servicio Canario de Salud, Abreu et al. (2004) establecen los principales ámbitos de intervención del trabajador social en APS. Estas funciones tienen relación con (a) la atención directa o el trabajo de casos (relacionados con la intervención en problemas psicosociales a nivel individual), (b) la coordinación sociosanitaria (como enlace entre el centro de salud y los recursos comunitarios), (c) el apoyo social (fomento del voluntariado, creación de grupos de ayuda mutua, estrategias de intervención grupal y comunitaria, etcétera), (d) la promoción de la salud y la participación social y (e) la investigación en la atención integral en salud, en colaboración con otros campos y disciplinas sanitarias y sociales.

En el caso de Andalucía, las funciones básicas del trabajador social en APS quedan reguladas en la *Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía* publicada en el *BOJA n° 90*. Estas funciones básicas son:

1. Orientar y asesorar a los miembros del equipo básico de APS y especialmente a los directores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos.
2. Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población.
3. Promover el trabajo en equipo con los profesionales de atención social de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales.
4. Ofertar la asistencia sociosanitaria a la población en consulta o a demanda de los miembros del equipo básico de APS.

En definitiva, las funciones del trabajador social en APS giran en torno a la incorporación de una perspectiva psicosocial en la atención a los procesos de salud y enfermedad. Determinadas competencias profesionales de los trabajadores sociales, como la evaluación comunitaria, la gestión de equipos de trabajo o el conocimiento del funcionamiento y la estructura de los servicios comunitarios de atención sociosanitaria, permiten que sea posible definir su rol en este contexto de forma precisa. A continuación describiremos algunos factores organizativos, grupales y comunitarios que pueden afectar a este rol profesional.

Los factores organizativos y comunitarios en el trabajo social en APS

Los procesos organizativos y grupales tienen un papel importante en el desempeño profesional del trabajador social en contextos de APS. En el ámbito

anglosajón por ejemplo, la figura del trabajador social en contextos sanitarios se ha vinculado tradicionalmente a la incorporación de la perspectiva de los servicios sociales a los servicios sanitarios, más que a la creación de un rol profesional nuevo (el de trabajador social de salud). En este contexto, el trabajador social se tiene que acomodar a un sistema ajeno. Además, su figura se identifica más con el enlace entre los dos campos fundamentales de intervención comunitaria (el sanitario y el social), que como la de un profesional propiamente sanitario.

Por otro lado, desde la investigación en este campo se ha aportado una visión amplia de los procesos organizativos y grupales que influyen en el rol y el desempeño del trabajador social en salud. Por ejemplo, Lymbery (1998) y Lymbery & Millward (2001) analizaron las relaciones interprofesionales entre trabajadores sociales y profesionales sanitarios en los servicios de APS. Para ello, estudiaron la incorporación de trabajadores sociales en los equipos de APS en el Condado de Midlands (Gran Bretaña).

Partiendo del esquema propuesto por Beattie (1994), plantean el análisis de las relaciones profesionales en los servicios de APS en función de tres dimensiones: la dimensión estructural u organizativa, la dimensión profesional y la dimensión interpersonal.

En la dimensión *estructural u organizativa*, apuntan que la existencia de una historia previa de colaboración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, puede ser un factor facilitador de la integración del trabajador social en los servicios de APS. Además, la presencia de trabajadores sociales en los centros de salud, puede (a) ayudar a reducir las distancias y las diferencias con los

servicios sociales locales, (b) mejorar la evaluación de necesidades sociosanitarias de los usuarios, y (c) facilitar el acceso de los usuarios a las consultas médicas.

En cuanto a la *dimensión profesional*, la incorporación de trabajadores sociales en la atención sanitaria general, puede (a) mejorar la calidad de la comunicación, (b) llevar a un trabajo en equipo más efectivo e incluso (c) mejorar la calidad asistencial ofrecida a los usuarios. Por otro lado, en esta dimensión, pueden aparecer una serie de dificultades relacionadas con las perspectivas profesionales de trabajadores sociales y médicos. Por ejemplo, la tendencia de los grupos de profesionales a controlar su espacio de trabajo como parte de su propio proceso de profesionalización y definición de rol (Dingwall, 1982), puede hacer que en los centros de APS, los médicos traten de imponer su definición de los problemas al resto de profesionales, debido a su posición de poder dentro de la organización. En este caso, las desigualdades en el estatus profesional pueden provocar relaciones también desiguales en los grupos de trabajo. En segundo lugar, la colaboración hace que los grupos tiendan a desarrollar una perspectiva similar de los problemas (Dalley, 1989). Por ello, puede que el trabajador social pierda el sentido de la contribución específica de su disciplina al equipo de salud cuando la cultura organizativa es la sanitaria y asistencial.

Finalmente, *la dimensión interpersonal* puede influir en la capacidad de adaptación del trabajador social a un contexto sanitario. Por ejemplo, el hecho de que cada centro de salud tenga un único trabajador social, puede llevarle a sentirse aislado e intentar adoptar la perspectiva médica dominante. De este modo pierde

parte de su propia integridad profesional, en un intento por adaptarse a un contexto ajeno a su formación y experiencia.

También ha sido tomada en cuenta la perspectiva de los profesionales sanitarios respecto a la inclusión de los trabajadores sociales en APS (Williams & Clare, 1979; Netting & Williams, 1996, 2000; Badger, Ackerson, Buttell & Rand, 1997; Rock & Cooper, 2000; Sommers, Marton, Barbaccia & Randolph, 2000; Leipzig et al., 2002; Keefe, Geron & Enguidanos, 2009). Por ejemplo, Keefe et al. (2009), destacaron que la APS es un contexto ideal para la participación del trabajo social en la identificación de problemas mentales y necesidades psicosociales en personas mayores. Sin embargo, en este contexto también son fundamentales las expectativas de rol que tengan el resto de profesionales sanitarios. En general, los profesionales sanitarios consideraban que los trabajadores sociales proporcionaban estrategias de coordinación de equipos de trabajo y de apoyo social a los usuarios y los cuidadores. Además, permitían conocer de forma más adecuada la situación del domicilio del usuario y obtenían indicadores más fiables acerca de la mejor opción de intervención en el contexto social y familiar del paciente.

También existían diferencias en función del profesional entrevistado. Por ejemplo, encontraron que los médicos y los enfermeros diferían en algunos puntos de su percepción del rol del trabajador social. Era más probable que los médicos vieran a los trabajadores sociales como facilitadores en el acceso a servicios y recursos comunitarios. Además percibían que los trabajadores sociales tenían más flexibilidad en la distribución del tiempo de trabajo. También percibían que tenían

objetivos menos exigentes, quizá como reflejo del desconocimiento del rol del trabajador social en el centro. Además, los médicos creían que los trabajadores sociales podían dedicar más tiempo a cada usuario del que ellos mismos tenían disponible. Por otro lado, para los médicos, la coordinación con el trabajador social podría suponer un aumento de la presión de tiempo, con lo que preferían derivar sin más a los usuarios al trabajador social cuando fuera necesario. Los enfermeros participantes en el estudio de Keefe et al. (2009) pensaban, por su parte, que el rol del trabajador social abarcaba un rango más amplio de tareas, que iban desde el acompañamiento comunitario hasta la provisión del cuidado psicosocial necesario para los pacientes. Además, pensaban que los trabajadores sociales proporcionaban mejores estrategias de seguimiento de los usuarios y ofrecían un nivel más adecuado de formación acerca de los tratamientos y prescripciones sanitarias.

En España, la revista Trabajo Social y Salud ha englobado gran parte de las publicaciones relacionadas con la intervención comunitaria y el papel de los trabajadores sociales en los servicios de APS. En una revisión bibliométrica de la revista realizada por Lorente Gracia (2005) del periodo 1989-2005, la APS es la tercera área temática en número de artículos, con 79, tal sólo por detrás de las áreas de investigación y de cronicidad. Muchos de estos artículos hacen una revisión del papel de la intervención sociosanitaria del trabajador social en APS en los últimos años y el impacto del contexto organizativo y comunitario en su actividad profesional (Sangrá, 2001; Ramil, 2001; Saavedra, Duarte, Izquierdo, González & Pérez, 2001; García & Sobremonte, 2002; Burgos, 2003; Rihuete & Santos, 2004; Abreu, 2004; Abreu et al., 2004; Barranco & Rodríguez, 2008).

Retos del trabajo social en APS

Como vemos, el trabajador social debe hacer frente a un conjunto de barreras y retos relacionados con las características del contexto social y organizativo en el que ejerce su rol profesional (CASW Health Interest Group, 2003). Dichos retos abarcan el ámbito de actuación, la investigación, la formación, y la colaboración con otros profesionales y agentes de salud. Los glosamos a continuación.

Ámbito de actuación. Es necesario definir de forma precisa los valores, beneficios y competencias que pueden desarrollar los trabajadores sociales en APS. Debido a la naturaleza diversa de la práctica del trabajo social, puede que en ocasiones, los trabajadores sociales tengan dificultades para explicitar de forma precisa cuáles su papel en el contexto de la APS. De hecho, el trabajador social de salud se puede encontrar con la doble necesidad de delimitar adecuadamente su propio rol profesional en un contexto sanitario, por un lado, y de diferenciar sus competencias y atribuciones del ámbito mayoritario del trabajo social de servicios sociales, por otro.

Autonomía y aislamiento. La autonomía en la práctica profesional del trabajador social es un factor clave en el rol que este desempeña en el contexto de la APS. Ello le permite no tener que depender de recursos internos o externos sobre los que no puede ejercer un control efectivo. Sin embargo, el exceso de autonomía puede conllevar, por un lado un sentimiento profesional de aislamiento respecto al resto de profesionales de APS, y por otro, una pérdida de identidad del trabajo social en este contexto (Lymbery, 1998; Lesser, 2000).

Investigación y resultados. Los servicios comunitarios tienden a aumentar la demanda de resultados concretos para apoyar las decisiones de provisión de recursos. En esta situación, el trabajo social debe hacer frente a una presión creciente para ofrecer evidencias que apoyen su práctica profesional en el contexto sanitario. Ello puede ser difícil, ya que este contexto suele estar orientado a menudo a la obtención de resultados cuantitativos a corto plazo basados en la intervención individual con el usuario. Es decir, la perspectiva sanitaria puede obviar la importancia de los aspectos del propio proceso de intervención que pueden tener un impacto importante en los individuos, grupos o comunidades, como por ejemplo la participación social o el desarrollo de habilidades de afrontamiento de problemas. Por ello, es necesario que los profesionales del trabajo social tomen la iniciativa en la investigación y el estudio de estrategias de mejora de la evaluación de los resultados de su intervención.

Educación y entrenamiento. Es importante que las escuelas de trabajo social en particular, y la formación en ciencias sociales en general, tengan en cuenta las conexiones y las relaciones que mantienen tanto con los servicios sanitarios públicos, como con otras profesiones sanitarias y no sanitarias (medicina, enfermería, psicología, etcétera). Ello permitirá que puedan establecerse relaciones formales e informales entre diversos contextos de investigación y educación y el contexto de la APS. Estas relaciones pueden permitir, por ejemplo, que los profesionales del trabajo social accedan a estos servicios con la formación y el entrenamiento adecuados.

Colaboración y liderazgo. Desde el momento en el que se define la implementación de los equipos de salud en APS, la colaboración pasa a ser una de las actividades más importantes en este contexto y debe ser la forma en que los trabajadores sociales intercambien la información necesaria con otros profesionales del centro de salud. Del mismo modo, el trabajo social tiene el potencial de aportar una mejor comprensión de las dinámicas y los procesos grupales al equipo de APS, de forma que la colaboración y la coordinación de sus miembros se lleve a cabo de la forma más efectiva posible (Abramson & Mizrahi, 1986).

En definitiva, la nueva orientación ideológica propuesta por la reforma sanitaria española de mediados de los años 80, que sigue los principios de la Declaración de Alma Ata de 1978, supuso el cambio de un sistema asistencial y centrado en la curación del enfermo a un sistema en el que la prioridad es la atención a la salud, la promoción y la prevención, la participación ciudadana en los servicios de salud y la consideración de los elementos sociales y comunitarios en el proceso de salud y enfermedad.

La especial atención a estos elementos y la incorporación en nuestro contexto de la figura profesional del trabajador social, refleja la necesidad de contar con las aportaciones de las ciencias sociales y la superación de la concepción biomédica e individual de la enfermedad (Abreu, 2009). También obliga a la consideración de factores como las competencias básicas de los profesionales implicados, la preparación y las características del entorno comunitario del centro de salud, el

estudio de los procesos de implementación de las iniciativas y programas y los elementos organizativos del Sistema de Salud, como iremos analizando.

CAPÍTULO II. LA CIENCIA COMUNITARIA, EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y LA PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO

En el proceso de intervención social y de difusión de innovaciones en el entorno comunitario, se pueden adoptar diferentes perspectivas. Desde una perspectiva centrada en la investigación, se trataría de prestar atención a los medios necesarios para diseminar la innovación (las iniciativas, los programas o las políticas sociales) en nuevos contextos. Por otro lado, los modelos centrados en la comunidad prestan su atención a la práctica profesional y los aspectos comunitarios. La intervención social es entendida en este caso como un proceso de cambio en el que es fundamental la consideración de la comunidad y su interacción con el proceso de implementación.

Tomaremos como base la descripción de ambas perspectivas (y su integración en el modelo interactivo de Wandersman y otros autores) para detallar los principales elementos organizativos y comunitarios que influyen en (a) la efectividad de los procesos de implementación y en (b) la adopción de innovaciones por parte del contexto comunitario. En segundo lugar, nos centraremos en los principios teóricos y metodológicos de la preparación comunitaria para el cambio social y en su papel en la intervención social y la implementación de programas en el entorno comunitario.

La transferencia de resultados entre ciencia y práctica y el proceso de intervención comunitaria

El modelo de la ciencia de la prevención

La transferencia de resultados del ámbito académico o de investigación al ámbito práctico se ha identificado con la adopción de innovaciones por parte del contexto comunitario. Para los modelos tradicionales, se trata de un proceso de transferencia en el que la innovación está ya preestablecida y donde el entorno social es considerado como el receptor de esta innovación. En este caso, que proviene de los modelos biomédicos desarrollados por los Institutos Nacionales de Salud en Estados Unidos, la implementación es un proceso sistemático, dominado por el componente teórico o tecnológico y cuyo objetivo es lograr una transferencia adecuada al ámbito social. Uno de estos modelos se basa en un ciclo de cinco pasos. Fue propuesto por Mrazek & Haggerty (1994) en un informe sobre la reducción de riesgos en trastornos mentales. Según este modelo, el desarrollo de la prevención en un contexto de investigación científica requiere de la implementación de programas rigurosamente planificados, contrastados e implementados, mediante una serie de etapas preestablecidas.

El primer paso consistiría en la investigación básica y en la descripción de los procesos sociales. Se trataría de identificar el problema o enfermedad y de obtener información de su importancia en el entorno comunitario. Para ello, puede ser necesario revisar información epidemiológica o datos de prevalencia. Igualmente, habrá que determinar el nivel de conciencia comunitaria acerca de la existencia de estos problemas.

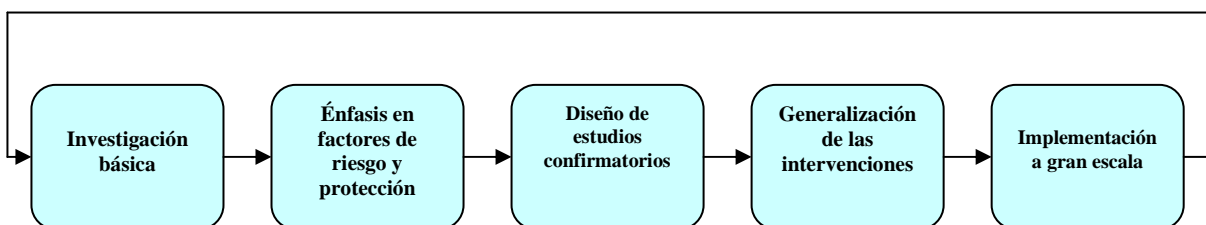
En segundo lugar, será necesario realizar una revisión de la investigación previa, poniendo especial énfasis en los factores de riesgo y protección. Para ello se puede recurrir a los programas ya existentes en el entorno comunitario y revisar la información relevante sobre la evolución de los indicadores sociosanitarios de la población.

Posteriormente, el diseño de estudios piloto y confirmatorios permitirá comprobar la eficacia del plan de intervención. Será necesario contar con un modelo teórico adecuado que permita guiar y planificar el proceso (actividades, metodología, evaluación, etcétera).

En cuarto lugar, habrá que extender y generalizar las intervenciones en múltiples contextos y con múltiples poblaciones. Ello necesitará además de la identificación adecuada de los elementos centrales de los programas, importantes para asegurar la fidelidad de la aplicación de estos programas en diferentes entornos.

Y finalmente, todo ello permitirá la implementación a gran escala de los programas de prevención en la comunidad. La evaluación continua facilitará la toma de decisiones sobre el proceso de implementación (Gráfico 3).

Gráfico 3. Modelo de la ciencia de la prevención



Este modelo parte de la perspectiva del investigador en la adopción de la innovación por parte de la comunidad (Flaspohler et al., 2008). En este sentido, las dos alternativas posibles son (a) la adaptación del entorno comunitario y de los profesionales a las intervenciones o (b) la replicación perfecta de la innovación en la comunidad, desde el momento en que los resultados de investigación previos apoyan su eficacia (en el tercer paso del gráfico anterior).

La atención se centra en la transferencia de conocimientos desde la ciencia a las comunidades y a los profesionales. Proporciona además, un ciclo sistematizado y estandarizado que permite el control de todo el proceso de implementación de los programas de intervención. La traslación y adaptación de los conocimientos y programas para su utilización en el contexto comunitario, se basa en la obtención de evidencias previas que aseguren la efectividad de la intervención. En este sentido, se pone el acento en el control de las variables independientes (como por ejemplo los recursos necesarios para aplicar el programa) y en la identificación de los efectos del programa mediante análisis estadísticos (por ejemplo, cuantificando el descenso en la prevalencia de consumo de alcohol, en el caso de un programa de prevención del abuso de esta sustancia). La participación del contexto local se limita a las fases finales del proceso de implementación. Incluso en determinados casos puede ser visto como una barrera para la implementación adecuada de las innovaciones o como una fuente que puede afectar de forma negativa a los resultados (Flaspohler et al, 2008).

Dos ejemplos de la aplicación de esta perspectiva son *The Guide to Community Preventive Services* (Briss et al., 2000) y *The California Evidence Based*

Clearinghouse for Child Welfare (Soydan, 2007). En el primer caso, se trata de una guía basada en intervenciones en salud pública. Esta guía proporciona recomendaciones específicas para la implementación de programas de prevención. Para su elaboración, se llevó a cabo una revisión de la efectividad, la aplicabilidad en diferentes contextos, el impacto económico y las barreras en la implementación de un conjunto de intervenciones de organizaciones sanitarias y sociales en Estados Unidos. El segundo caso hace referencia a una iniciativa de análisis de los recursos disponibles para la intervención en el bienestar infantil. Su objetivo es ayudar a identificar y diseminar información relacionada con prácticas de intervención basadas en la evidencia científica para la mejora del bienestar infantil.

El modelo centrado en la comunidad

El modelo de la ciencia comunitaria o modelo centrado en la comunidad pone el acento, en cambio, en la adopción de estrategias de intervención centradas en los propios procesos comunitarios. Se trata de proporcionar a la comunidad recursos de planificación, implementación y evaluación. Para este modelo, se debe trasladar la mayor parte del control a los miembros de la comunidad, dotándolos de la capacidad suficiente para poner en marcha intervenciones efectivas.

Para la ciencia comunitaria, la mejora en la calidad de vida de la comunidad sólo puede ser alcanzada mediante una mejora de la calidad de la práctica en el tratamiento, la prevención, la promoción de la salud y la educación. En este sentido, Kirk et al. (1997) afirman que involucrar a la comunidad en el desarrollo de servicios comunitarios de salud, implica una mejora en la identificación de los

problemas sociales, el aumento de los recursos disponibles y el mejor ajuste de estos servicios a la población usuaria.

Un ejemplo de este tipo de modelos es el *Getting to Outcomes*, de Wandersman, Imm, Chinman & Kaftarian (2000). En él se propone una guía basada en diez preguntas sobre las fases del proceso de intervención, desde la evaluación de necesidades o la formulación de objetivos, hasta la evaluación de resultados o la continuidad del programa. La importancia de esta herramienta radica en que se trata de conseguir la capacitación del profesional y de que el proceso de intervención se oriente hacia la obtención de resultados (Maya Jariego, García & Santolaya, 2007; Maya Jariego, 2010). Para ello, se proporcionan recursos como cuestionarios, listas de comprobación o aplicaciones interactivas en la Web (Wandersman et al., 2000; Chinman, Tremain, Imm & Wandersman, 2009).

Las características fundamentales de estos modelos de investigación e intervención basados en la comunidad son que (Wandersman, 2003),

- (a) se orientan hacia los valores del bienestar individual, el sentido de comunidad, la justicia social, la participación social, etcétera,
- (b) ponen el énfasis en que los individuos, las organizaciones y las comunidades no sean simples receptores pasivos de intervenciones externas, sino que participen activamente en los procesos de cambio social,
- (c) se basan en premisas teóricas contrastadas y en bases metodológicas científicas,

- (d) se centran no sólo en la difusión sino en la adecuada utilización del conocimiento, mediante la aplicación de estrategias de transferencia tecnológica,
- (e) están orientados a la intervención ecológica y a la relación entre diferentes niveles ecológicos (Bronfenbrenner, 1979),
- (f) tienen en cuenta el contexto (social, político, económico, histórico, etcétera) en el proceso de intervención,
- (g) adoptan una perspectiva longitudinal en la investigación comunitaria y toman en consideración los procesos comunitarios de cambio a largo plazo,
- (h) van más allá de los aspectos probabilísticos y estadísticos en la evaluación de resultados y en el diagnóstico comunitario,
- (i) y se interesan por la creación de conocimiento que ayude a la mejora de la capacidad de los agentes comunitarios, partiendo de las premisas de Kurt Lewin de mantener un compromiso explícito entre teoría, práctica e investigación (Lewin, 1946).

Por su parte, Green (2001), propone un conjunto de elementos que pueden facilitar la transferencia de los conocimientos teóricos y prácticos previos a los recursos disponibles para los profesionales como (a) contar con experiencias de buenas prácticas, antes que con intervenciones ya prediseñadas y preestablecidas, (b) poner el énfasis en el control del proceso por parte del profesional, el usuario, la comunidad o la población, (c) incentivar la evaluación desde el contexto local y

(d) fomentar la investigación de los procesos de adaptación de las intervenciones y la incorporación de las nuevas tecnologías.

Este conjunto de premisas previas puede servir para articular estrategias de mejora de la transferencia entre ciencia y práctica. Por ejemplo, la sistematización de la práctica ha sido utilizada como estrategia en el contexto de la atención en salud. De hecho, se han publicado numerosas guías basadas en la literatura y la práctica sobre servicios de atención preventiva en salud en Estados Unidos (Wandersman, 2003). Por otro lado, también han servido para plantear modelos de evaluación e implementación centrados en la mejora continua de la efectividad y en la participación comunitaria, como el modelo de *Empowerment Evaluation*, o *modelo de evaluación centrado en la potenciación comunitaria* (Fetterman, Kaftarian & Wandersman, 1996). Por ejemplo, Maya Jariego & Holgado (2006) describieron el proceso de evaluación formativa de un conjunto de programas educativos de prevención del consumo de drogas. Durante la evaluación, aplicaron estrategias de potenciación y mejora de la implementación de los programas mediante la sistematización de la práctica de la prevención en este contexto.

Integración de modelos y efectividad de la implementación

Ambos modelos, el de la ciencia de la prevención y el de la ciencia comunitaria, parten de la necesidad de adaptar los modelos teóricos al contexto comunitario. En el primer caso, la atención se centra en el diseño de la innovación y en el ajuste de su transferencia al ámbito práctico. Ello es importante, ya que permite diseñar programas, políticas e iniciativas con una base teórica y metodológica adecuada.

Los modelos centrados en la comunidad se basan en la conciencia de la necesidad de cambio y en la selección, adopción e implementación de innovaciones por parte de los miembros de la comunidad. Ello permite la apropiación del proceso de intervención, haciendo que la innovación se ajuste a las necesidades y expectativas comunitarias. Por ello, la integración de ambas perspectivas se hace necesaria para garantizar la efectividad de las intervenciones comunitarias.

En este sentido, Wandersman et al. (2008) han propuesto un modelo que relaciona el diseño y la investigación en intervención y la implementación y la difusión de innovaciones en el ámbito comunitario (y que ha sido diseñado a propuesta de la *División de Prevención de la Violencia del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU.*, Saul et al., 2008). El *Modelo de Sistemas Interactivos para la Diseminación y la Implementación (Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation, ISF)* incluye los procesos y sistemas fundamentales que están implicados en el paso del diseño y la prueba de innovaciones en el ámbito de la prevención a su difusión y utilización en el ámbito comunitario. Es decir, en el salto entre el tercer paso (*Diseño de estudios confirmatorios*) y el cuarto (*Generalización de las intervenciones*) y entre este último y el quinto paso (*Implementación a gran escala*) del modelo de Mrazek & Haggerty (1994), descrito más arriba.

El modelo incluye tres sistemas diferenciados, que muestran los procesos y retos fundamentales implicados en la transferencia de los conocimientos y los resultados de investigación a la práctica profesional y comunitaria (Saul et al., 2008). Estos sistemas son el *Sistema de Síntesis y Traslación (Prevention*

Synthesis and Translation System), el *Sistema de Apoyo (Prevention Support System)* y el *Sistema de Desarrollo de la Prevención (Prevention Delivery System)*). A continuación describimos brevemente cada uno de ellos.

El *Sistema de Síntesis y Traslación de la Prevención* trata de traducir la información científica y prepararla para su utilización e implementación en la comunidad. Cuando la información sobre la innovación es accesible y clara, la probabilidad de éxito de las intervenciones es mucho mayor (Backer, 2000). En ocasiones, incluso las publicaciones científicas no suelen ajustarse a una audiencia amplia en el contexto profesional y puede que no tengan en cuenta las prioridades de estos profesionales. En estos casos, puede ser necesario, además de hacer accesible esta información, adaptarla, sintetizarla y trasladarla a modelos comprensibles y fácilmente utilizables en el contexto de la práctica profesional (Morrisey et al, 1997). Ejemplos de ello pueden ser las revisiones sistemáticas de resultados de intervención, propuestas por Briss et al. (2000) y Soydan et al (2007). Por otro lado, Wilson, Lavis, Travers & Rourke (2010) han desarrollado un modelo para el intercambio y transferencia del conocimiento científico al entorno comunitario. Para ello, estudiaron las limitaciones y fortalezas de un conjunto de organizaciones comunitarias en la utilización de la información científica para la intervención en salud. Algunas de las estrategias que propone este modelo son la creación de redes de colaboración y coaliciones entre investigadores y profesionales o las revisiones sistemáticas de los resultados de la aplicación de los modelos teóricos en los contextos comunitarios.

Existe además, una tensión entre la fidelidad de la implementación a modelos previos y su ajuste y adaptación a las características poblacionales (Backer, 2000). En este sentido, puede ser fundamental identificar los elementos centrales de los programas, relacionados con las características definitorias de los mismos y necesarios para asegurar su efectividad y el cumplimiento de los objetivos de la intervención (Maya Jariego & Holgado, 2006).

Un segundo sistema del modelo desarrollado por Wandersman et al. (2008) es el *Sistema de Apoyo a la Prevención*. Este sistema se basa en el apoyo y la asistencia técnica de los profesionales encargados de la implementación de los programas de prevención. En este sentido, se diferencia entre el apoyo y la capacitación para la implementación de innovaciones específicas y la capacitación para la implementación de innovaciones en general (Flaspohler et al., 2008). En el primer caso, se incluyen, entre otras, actividades relacionadas con la difusión de información sobre la innovación que se va adoptar, entrenamiento específico sobre el ámbito de intervención, etcétera. En el caso de la capacitación general, se refiere a la estructura, habilidades y motivación organizativas y comunitarias que facilitan la adopción de los procesos de cambios y la implementación de iniciativas. En este segundo caso por ejemplo, Greenhalgh et al. (2004) y Livet & Wandersman (2005) describieron cómo el buen funcionamiento general de las organizaciones comunitarias facilita la implementación y la efectividad de la implementación de programas sociales. En el mismo sentido, Butterfoss (2004) aplicó un modelo general de seis pasos para la asistencia técnica y el entrenamiento para la intervención en un grupo de coaliciones de salud para la prevención de la mortalidad infantil. Estos pasos son (a) la evaluación de las

necesidades y la efectividad de las coaliciones, (b) la visita y el encuentro con los miembros de las coaliciones, (c) la aportación de recomendaciones para mejorar el funcionamiento, (d) la consulta y la asistencia telefónica, (e) el entrenamiento en cuestiones específicas y (f) la evaluación de los resultados de la asistencia técnica.

El tercer sistema se centra en el *Desarrollo de la Prevención* y se relaciona con el proceso de implementación de las innovaciones. En este caso, es necesario hacer referencia a los factores que influyen en dicho proceso de implementación. Wandersman et al. (2008) menciona factores individuales (como la educación y la formación, la experiencia con innovaciones similares o las actitudes y las motivaciones hacia su utilización), organizativos (como la estructura organizativa o la misión y los objetivos de la organización) y comunitarios (como el sentido de comunidad o la preparación para el cambio), que serán descritos con más detalle en siguientes apartados.

En definitiva, el modelo descrito conforma una propuesta heurística para organizar la teoría, la investigación y la práctica de la intervención comunitaria en general, y para la descripción de los procesos de diseminación e implementación de las innovaciones en el contexto comunitario.

La relación entre el contexto científico o de investigación y el contexto práctico o de intervención debe ser bidireccional. De este modo, la investigación y la ciencia pueden desarrollar nuevos conocimientos sobre los procesos de prevención. Pero también es necesaria la implicación de los agentes comunitarios en la traslación de los modelos teóricos y de los investigadores en el apoyo y el desarrollo de la

implementación. Ello facilitará la efectividad de las intervenciones y la generación de nuevos conocimientos fruto de la práctica comunitaria.

En este sentido, Wandersman y otros autores reformulan su propuesta inicial y realizan una revisión crítica de las aportaciones realizadas en los últimos años en el campo de la ciencia comunitaria. Este autor, plantea que el éxito y la efectividad de la intervención, pasan precisamente por el ajuste de las expectativas de los servicios comunitarios y el fomento de estrategias de participación comunitaria, siempre basándose en cuatro elementos clave: teoría, capacidad y recursos, implementación y evaluación (Wandersman et al., 2008; Flaspohler et al., 2008; Wandersman, 2009). Por su parte, Maya Jariego (2010), partiendo del modelo de la ciencia de la prevención, propone también su integración con el modelo de la ciencia comunitaria y plantea (partiendo del modelo de Wandersman, 2003) ocho estrategias para facilitar la transferencia del conocimiento a la práctica.

Tabla 2. Integración de modelos de intervención comunitaria

Modelo de la Ciencia de la Prevención		Modelo de la Ciencia Comunitaria
Transferencia de resultados de investigación		Apropiación comunitaria de la intervención
Proceso de validación de la intervención		Potenciación de los recursos comunitarios
Modelos y estrategias basados en la evidencia		Énfasis en los procesos y en los resultados
Modelo de Sistemas Interactivos para la Diseminación y la Implementación		
Modelo de Síntesis y traslación de la prevención	Sistema de Apoyo a la Prevención	Sistema de Desarrollo de la prevención

En resumen, tanto el modelo de la ciencia de la prevención como el modelo de la ciencia comunitaria proporcionan estrategias para asegurar la efectividad en la implementación de programas comunitarios. En el primer caso, contamos con (a) una traslación adecuada de los conocimientos científicos a la comunidad, (b) un proceso sistemático de validación de los programas y (c) modelos y estrategias basadas en la evidencia. El segundo modelo se centra en (a) la apropiación del proceso de implementación por parte de la comunidad, (b) la potenciación de los propios recursos comunitarios y (c) el énfasis en el proceso además de en los resultados. Podemos decir que disponer de un modelo de cambio social contrastado, de un diseño adecuado del programa o de una planificación bien definida de las acciones de intervención, es necesario, pero no suficiente para asegurar el ajuste de los programas al contexto comunitario. Las características del entorno comunitario y el proceso de aplicación e implementación de los programas son, entre otros, dos elementos fundamentales para asegurar la efectividad de las intervenciones. A continuación describiremos el impacto de estas características del proceso de implementación sobre los resultados de la intervención y su relación con la difusión de la innovación y las características organizativas y comunitarias.

Implementación, entorno comunitario y efectividad

Como hemos apuntado, desarrollar intervenciones bien definidas y planificadas es tan sólo el primer paso para mejorar la salud y el bienestar de la población. Para que tengan un impacto relevante en la comunidad, es necesario asegurar una adecuada difusión del proceso de innovación que supone un programa de

intervención social. También es necesaria la apropiación del mismo por parte de la comunidad. Durlak & DuPree (2008) adaptaron al contexto comunitario las fases del proceso de difusión de la innovación propuestas inicialmente por Rogers (1983). Estas fases serían (1) la diseminación, o la forma en que se difunde la información sobre el programa a la población, (2) la adopción de la aplicación del programa por una organización o grupo local, (3) la implementación, o cómo se aplica el programa en el contexto y (4) el mantenimiento del programa a lo largo del tiempo.

Además, la implementación puede estar influenciada por variables relacionadas con el contexto comunitario, los profesionales encargados del programa o el contexto organizativo (Durlak & Dupree, 2008). Describiremos a continuación algunas de estas variables.

Características comunitarias. Los factores comunitarios influyen en el proceso de implementación de los programas sociales y en la efectividad del mismo. Por ejemplo, la revisión de factores como la capacidad comunitaria (Goodman et al., 1998; Alfonso et al., 2008; Flaspohler et al., 2008), la preparación comunitaria para el cambio (Edwards et al., 2000), la potenciación y el protagonismo comunitario (Zimmerman, 2000; Musitu & Buelga, 2004; Maya Jariego, 2004), el capital social (Putnam, 1993) o la eficacia colectiva (Sampson, Raudenbush & Earls, 1997; Duncan, Duncan, Okut, Strycker & Hix-Small, 2003), hace que se centre la atención en la importancia de las características de la comunidad (recursos, liderazgo, participación, sentido de comunidad, etcétera) en el proceso de implementación. De hecho, muchas de las estrategias propuestas en los últimos

años para mejorar la efectividad de la aplicación de programas en la comunidad, se centran en la mejora de la participación, la capacidad y los recursos disponibles. Ello permite al entorno comunitario hacer frente a los cambios que implica la intervención social. Por ejemplo, Griffith et al. (2010) encontraron que mejorar la capacidad de organizaciones y coaliciones para la implementación de iniciativas de salud comunitaria, tenía un impacto positivo en la adecuada identificación de necesidades de salud de la población, promovía la potenciación comunitaria y reducía las desigualdades de salud.

Características de los profesionales y de los grupos de trabajo. Los profesionales encargados de la implementación deben reconocer las necesidades de innovación de su entorno y los posibles beneficios de su adopción. Asimismo, deben disponer de las habilidades y la capacidad necesarias para implementar un programa adecuadamente. En este sentido, Payne & Eckert (2010) destacaron el papel de la conciencia sobre la importancia de la adopción de la innovación y la experiencia previa de aplicación de programas en la efectividad de la implementación de programas de prevención escolares. También las relaciones interprofesionales y las dinámicas de los equipos de trabajo pueden afectar a los procesos de implementación de programas de salud. Por ejemplo, Bower, Campbell, Bojke & Sibbald (2003) y Goh & Eccles (2009) estudiaron el impacto del clima y la estructura de los grupos de profesionales sanitarios sobre la calidad de la APS en Gran Bretaña.

Características del proceso de innovación. La intervención debe ser flexible y adaptable a las circunstancias cambiantes del entorno y a las necesidades de la

población atendida. Por otro lado, la intervención tendrá un mayor impacto en la medida en que los contenidos y objetivos del programa se ajusten adecuadamente a las prioridades, misión o estructura de las organizaciones que adopten su implementación (Morrisey et al., 1997).

Capacidad organizativa. Las organizaciones innovadoras, con la presencia de un liderazgo efectivo y en las que hay un proceso compartido de toma de decisiones entre profesionales, investigadores y miembros de la comunidad, permitirán de forma consistente la implementación efectiva de las intervenciones. De hecho, como apunta Wandersman (2003), los programas efectivos de prevención necesitan, tanto de un diseño, una planificación y unos objetivos y actividades adecuados, como de una buena estructura organizativa que permita desarrollar e implementar la intervención.

En este sentido, la creación en la comunidad de estructuras mediadoras entre el contexto teórico, de investigación o de diseño de las intervenciones y el contexto comunitario o de aplicación de las mismas, puede ser una estrategia de mejora del ajuste de la implementación. Un ejemplo de ello pueden ser, como hemos mencionado, las coaliciones comunitarias que, como grupos formales de colaboración, incluyen representantes de diversos sectores o instituciones comunitarias, creadas con el objetivo de mejorar las condiciones de la comunidad, mediante la implementación de diversas iniciativas (Chavis, 2001). Además, las coaliciones comunitarias permiten el aumento de la potenciación comunitaria y del sentido de comunidad en la población (Martínez & Martínez, 2003). De hecho, en un artículo reciente, Feinberg, Jones, Greenberg, Osgood & Bontempo

(2010) evalúan el impacto de las coaliciones comunitarias creadas dentro del programa *Communities That Care*, mediante un estudio longitudinal en un conjunto de centros escolares. Estos autores encontraron que estas coaliciones tuvieron un impacto positivo en los niveles de delincuencia, que aumentaron en menor medida que en las comunidades sin coaliciones comunitarias.

Entrenamiento y asistencia técnica. Por último, es necesario preparar adecuadamente a los profesionales que se encargan de la implementación de los programas, no sólo en la adquisición de habilidades específicas de intervención, sino también en la modificación de las expectativas, la motivación o la percepción de autoeficacia, que pueden afectar a su desempeño y a su apoyo al propio proceso de innovación. Por ejemplo, Mitchell, Stone-Wiggins, Stevenson & Florin (2004) evaluaron la efectividad de 41 coaliciones comunitarias que aplicaban programas de prevención del consumo de drogas y otros problemas de salud. Encontraron que aquellas que recibieron entrenamiento y asesoramiento en la implementación de estos programas funcionaron de forma más efectiva. Por otro lado, también observaron que sólo las coaliciones que tenían cierta capacidad inicial podría aprovechar adecuadamente esta asistencia.

En definitiva, los factores mencionados muestran la importancia del proceso de implementación, relacionado en último término con los procesos de transferencia tecnológica apuntados por Wandersman (2003). También ponen de manifiesto la influencia que la interacción entre las características del contexto comunitario y organizativo y los elementos teóricos y prácticos del proceso de intervención tienen sobre los resultados de este último y su impacto en la comunidad.

Tabla 3. Implementación de innovaciones y factores comunitarios (Durlak & DuPree, 2008)

Fases del proceso de implementación de innovaciones	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseminación o difusión de la información del programa 2. Adopción del programa por la comunidad 3. Implementación o aplicación al contexto 4. Mantenimiento o sostenibilidad del programa 	
Factores determinantes en la implementación de innovaciones	
Características comunitarias: Capacidad comunitaria, Preparación comunitaria, Potenciación Comunitaria, Capital Social, Eficacia Colectiva	Características profesionales y de los equipos de trabajo: Habilidades, actitudes, Experiencia, Clima, Estructura
Características del proceso de innovación y capacidad comunitaria	Entrenamiento y asistencia técnica para la implementación

La relación entre factores comunitarios, factores organizativos e implementación de programas se observa de forma clara en la evaluación de la preparación comunitaria para el cambio (Oetting et al., 1995). Su carácter interactivo y dinámico, permite ir más allá de la consideración de las características comunitarias (capacidad, cohesión social, sentido de pertenencia, etcétera) como elementos estáticos a los que simplemente se deben ajustar las intervenciones para garantizar su efectividad. En la siguiente sección describiremos las principales características de este concepto, sus antecedentes y su aplicación a diferentes contextos. Finalizaremos con la descripción de la perspectiva de la que partimos en su definición para su aplicación en el contexto de la APS en Andalucía.

La preparación comunitaria para el cambio social y el proceso de intervención comunitaria

Preparación comunitaria e intervención social

La preparación comunitaria hace referencia a la probabilidad de fracaso u obtención de resultados no esperados si se inicia un proceso de implementación de un programa sin que la comunidad esté preparada para ello (Edwards et al., 2000). A continuación describiremos sus principales componentes y características partiendo de sus antecedentes, como la preparación individual para el cambio terapéutico, la preparación organizativa y los factores de desarrollo comunitario.

La preparación individual para el cambio terapéutico

En el caso de la *preparación individual para el cambio terapéutico*, Prochaska & Diclemente (1982) propusieron un modelo del cambio basado en elementos terapéuticos y de cambio individual. El modelo se compone de cinco etapas de cambio (precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento) en las que se ven implicados diez procesos de cambio (toma de conciencia, autoliberación, re-evaluación del contexto, re-condicionamiento, control del estímulo, gestión del reforzamiento, alivio por el cambio y relaciones de ayuda). Prochaska & Diclemente (1982) plantearon un conjunto de elementos relacionados con el cambio conductual y actitudinal que permite que el individuo avance en la toma de conciencia de la necesidad del cambio y en el paso a la acción y el mantenimiento del mismo. El modelo ha sido aplicado fundamentalmente a los procesos de cambio en conductas adictivas (Fava, Velicer & Prochaska, 1995; Smith, Altman & Strunk, 2000; Acton, Prochaska, Kaplan,

Small & Hall, 2001; Diclemente et al., 2003; Planes, Fábregas, Grass & Soms, 2003).

Al igual que el modelo de cambio individual, la preparación comunitaria propone una serie de etapas o momentos en los que se puede encontrar una comunidad en su predisposición para el cambio. Ello afecta al éxito o el fracaso del proceso de implementación. Sin embargo, la traslación directa del modelo puede plantear algunas dificultades. En las comunidades, los procesos de cambio pueden ser mucho más complejos que a nivel individual. Por ejemplo, el liderazgo no aparece en el modelo de cambio individual como una dimensión, mientras que se trata de un elemento fundamental en el modelo de preparación comunitaria (Edwards et al., 2000).

La preparación organizativa para el cambio

La preparación organizativa para el cambio refleja las creencias, actitudes e intenciones de los miembros de una organización hacia la necesidad de cambios en el entorno organizativo y la capacidad de la organización para llevar a cabo estos cambios (Armenakis, Harris & Mossholder, 1993). La creación en la organización de preparación para el cambio, va más allá de la toma en consideración de procesos conductuales y cognitivos, e incluye otros como la conducta colectiva, el procesamiento grupal de la información, la gestión organizativa de la información externa y las dinámicas interpersonales y grupales. En una revisión de la literatura sobre la conceptualización y la evaluación del concepto en el contexto de los servicios de salud, Weiner, Amick & Lee (2008) destacaron que la mayoría de los artículos revisados usaban términos como

aceptación del cambio, compromiso con el cambio, actitudes hacia el cambio, reacciones hacia el cambio y capacidad organizativa para su conceptualización.

Por otro lado, la preparación organizativa para el cambio es un constructo complejo, que puede estar presente a nivel individual, grupal, de unidades de trabajo, de departamentos o de toda la organización. El significado, la evaluación y las relaciones con otras variables serán diferentes en cada uno de estos niveles (Weiner et al., 2008; Weiner, 2009).

Por su parte, Lehman, Greener & Simpson (2002) proponen la articulación de un modelo de preparación organizativa para el cambio en la intervención de organizaciones de atención y tratamiento del abuso de drogas. De este modo, plantean la evaluación de la preparación organizativa para el cambio en función de cuatro dimensiones fundamentales. La *motivación para el cambio* tiene relación con las percepciones del funcionamiento organizativo y asistencial que influyen sobre las necesidades percibidas de cambio. Por otro lado, los *recursos organizativos* (instalaciones, equipamiento, personal, etcétera), los patrones de comportamiento organizativo o el entrenamiento de los miembros de la organización son aspectos que pueden determinar el comportamiento organizativo. Una tercera dimensión serían los *atributos de los miembros de la organización*. Finalmente, el *clima organizativo* se refiere a aspectos como la misión y los objetivos, la cooperación y la cohesión grupal y la apertura de la organización. En la Tabla 4, encontramos un resumen de las dimensiones y las áreas de este modelo.

**Tabla 4. Dimensiones y áreas de preparación organizativa para el cambio
(Lehman et al., 2002)**

Dimensiones	Áreas
Motivación para el cambio	Necesidad de mejora de los programas Necesidad de formación y entrenamiento Presión para el cambio
Recursos institucionales	Adecuación del espacio físico Número de miembros y calidad del rol profesional Gestión y apoyo económico a la formación Adecuación y uso de equipos informáticos y nuevas tecnologías
Atributos del equipo de trabajo	Oportunidades de crecimiento profesional Confianza en las propias habilidades (autoeficacia individual) Influencia sobre otros miembros y sobre el funcionamiento organizativo Adaptación individual al entorno organizativo
Clima organizativo	Claridad de la misión y los objetivos de la organización Cohesión, cooperación y confianza grupal Autonomía profesional Apertura a la comunicación Sobrecarga de rol y estrés profesional Interés y esfuerzos organizativos para la innovación y el cambio

Las organizaciones comunitarias que cuenten con profesionales independientes y con flexibilidad de rol, junto con elevados niveles de influencia en la organización y capacidad de participación en la toma de decisiones, tendrán un mayor éxito en el tratamiento y la atención de los usuarios.

El concepto de preparación organizativa incluye la influencia de los elementos grupales e interpersonales en los procesos de cambio. Además, incorpora la

necesidad de intervenir en estas dimensiones de la organización para la creación activa de la preparación para el cambio. Aun así, es necesario contar con determinados elementos que no están presentes en un contexto organizativo. Por ejemplo, será necesario tener en cuenta el contexto comunitario de dichas organizaciones. Como apunta Simpson (2002), la preparación para el cambio dentro y fuera del contexto organizativo depende también de factores comunitarios e institucionales, además de los factores individuales y propiamente organizativos.

Los factores de desarrollo comunitario y la preparación para el cambio

En este sentido, los factores de desarrollo comunitario incorporan al modelo de preparación comunitaria las características multidimensionales propias de los entornos comunitarios. Por ejemplo, la capacidad de toma de decisiones en la adopción de la innovación por parte de la comunidad puede ser un elemento clave en la determinación de la efectividad de la implementación. Como hemos mencionado, Rogers (1983) establece un conjunto de etapas en la incorporación de la innovación (conocimiento, persuasión, decisión, implementación y confirmación). Otro modelo relevante puede ser el *modelo de acción social* de Warren (1978), que establece las etapas que disponen para la acción colectiva a nivel comunitario (estimulación del interés, iniciación, legitimación, decisión de actuar y acción o implementación). Los factores comunitarios aportan al modelo de preparación para el cambio la complejidad de las interacciones implicadas en la acción grupal. A continuación describiremos tres de estos factores.

a. *Sentido de comunidad y cohesión social.*

Por ejemplo, el sentido de comunidad y la cohesión social son dos elementos también importantes en la determinación de la preparación comunitaria. El sentido de comunidad hace referencia al sentido subjetivo de pertenencia a un colectivo, en el que se producen relaciones de apoyo mutuo y redes de confianza. El concepto de sentido de comunidad fue formulado inicialmente por Sarason (1974), aunque fueron McMillan & Chavis (1986) los que operativizaron el modelo y aportaron herramientas sistematizadas de evaluación.

McMillan & Chavis (1986) señalaron cuatro componentes específicos del concepto. La *pertenencia* hace referencia al sentimiento de compartir parte de uno mismo con la comunidad y permite establecer un límite entre los que pertenecen a la comunidad y los que no. La *influencia* se refiere al poder de los miembros de la comunidad sobre el colectivo y también al impacto del grupo sobre los individuos. En tercer lugar, la *conexión emocional compartida* describe la existencia de lazos y vínculos comunes entre los miembros de la comunidad. Finalmente, la *integración y satisfacción de necesidades* tiene relación con el reforzamiento de los miembros del grupo y la asimilación de las necesidades individuales y colectivas. Un elevado grado de conectividad y cohesión comunitaria será un requisito importante para la efectividad de los procesos de cambio propuestos desde la implementación de intervenciones sociales.

La cohesión social, es un concepto relacionado con el de sentido de pertenencia a la comunidad, aunque también incluye procesos de intercambio de recursos e información entre miembros de la comunidad. La cohesión y los lazos sociales en

la comunidad se han evaluado tradicionalmente a través de indicadores generales de organización social.

La perspectiva propuesta por el análisis de redes sociales (ARS) puede servir para estudiar los patrones comunitarios de relación, la capacidad comunitaria y la cohesión social. Por ejemplo, Feinberg, Riggs & Greenberg (2005) estudiaron la relación de determinados indicadores de centralidad (en concreto la cercanía y la intermediación de los miembros de la red y la centralización de la red completa) de las redes sociales de una muestra de coaliciones comunitarias y determinados indicadores comunitarios de preparación para el cambio. Encontraron que un alto grado de cercanía y un bajo nivel de intermediación en estas coaliciones, se asociaban con elevados niveles de preparación de los entornos comunitarios en los que desarrollaban su actividad estas coaliciones. Por el contrario, la concentración de las relaciones en un grupo reducido de actores de las redes (centralización) y un elevado grado de intermediación (y por tanto, menos lazos directos entre los actores de la red), estaban relacionados con comunidades menos preparadas para las intervenciones propuestas desde las coaliciones evaluadas.

Por su parte, Nowell (2009) aplicó el ARS al estudio de la importancia de las relaciones de cooperación entre agentes y organizaciones comunitarias para la efectividad de la coordinación y la propuesta de cambios en el sistema comunitario. Encontró que la cooperación entre agentes comunitarios era un predictor de los resultados de las propuestas de cambio. Por otro lado, para la mejora de la coordinación entre organizaciones, era mucho más importante la presencia de un liderazgo efectivo y la capacidad de toma de decisiones que las

redes de colaboración. Por otro lado, Holgado & Maya Jariego (2010) evaluaron los efectos de la implementación de herramientas de evaluación y de sistematización de la práctica basadas en las nuevas tecnologías sobre los patrones de relación de un conjunto de profesionales que aplicaban programas comunitarios de prevención del consumo de drogas. Todo ello indica que la cohesión social y las redes comunitarias de colaboración pueden estar estrechamente ligadas a la efectividad en la implementación de iniciativas comunitarias.

Finalmente, Wells, Ford, McClure, Holt & Ward (2007) estudiaron la relación entre la dimensión estructural de la capacidad en dos coaliciones comunitarias de prevención del cáncer y el nivel de actividad comunitaria de estas coaliciones. Los resultados mostraron que una mayor actividad de las coaliciones y grupos comunitarios se relacionaba con una estructura relacional más inclusiva (con miembros de diferentes ámbitos y con diferentes perspectivas). Ello coincide con las conclusiones de Feinberg et al. (2003) de que la capacidad relacional interna y externa en las organizaciones y los agentes comunitarios es un elemento importante para el mantenimiento de las iniciativas de promoción de la salud. En este sentido, algunos autores han destacado la importancia de la consideración de las redes interorganizativas para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud y para el desarrollo de la salud comunitaria (Provan & Milward, 1995; Gibbons, 2007; Wendel, Prochaska, Clark, Sackett & Perkins, 2010; Wensing, van Lieshout, Koetsenruiter & Reeves, 2010). Por otro lado, también en nuestro país se ha destacado el papel de las redes sociales en la intervención social y la participación comunitaria (Villalba, 1995, 2003; Miranda, 2002).

b. Capacidad comunitaria.

La capacidad comunitaria hace referencia a las características de la comunidad que influyen en la identificación, la movilización y la intervención en problemas sociales. Además, incluye procesos de transferencia del conocimiento, habilidades, sistemas y recursos que influyen en los cambios individuales y comunitarios.

Para Goodman et al. (1998), la capacidad comunitaria incluye dimensiones relacionadas con (a) la participación y el liderazgo (inclusión de líderes formales e informales, gestión de la participación comunitaria, facilitación del intercambio de información y recursos entre participantes y organizaciones, etcétera), (b) las habilidades de la comunidad (resolución de conflictos, evaluación y recogida de información, planificación de programas, resolución de problemas, etcétera), (c) los recursos comunitarios (recursos internos y externos, capital social, canales de comunicación, etcétera), (d) las redes sociales e interorganizativas (intervención conjunta, procesos cooperativos de toma de decisiones, etcétera), (e) el sentido de comunidad, (f) la historia comunitaria (conciencia de los cambios sociales, políticos y económicos, conocimiento del tipo de organizaciones, grupos y sectores comunitarios que existen), (g) el poder de la comunidad, (h) los valores comunitarios (normas, estándares y atributos claramente definidos y consensuados) y (g) la reflexión crítica (como por ejemplo, la habilidad para comprender la influencia del contexto comunitario en el comportamiento individual y social, etcétera).

c. *Eficacia colectiva.*

Uno de los indicadores utilizados por Foster-Fishman, Cantillon, Pierce & Van Egeren (2007) para evaluar la preparación comunitaria para el cambio fue la eficacia colectiva. La eficacia colectiva hace referencia al grado de cohesión entre los miembros de la comunidad y a su voluntad de intervenir en objetivos comunes de mejora. Es decir, se refiere por un lado al *control social*, entendido como la capacidad de la comunidad para regular a sus miembros de acuerdo con determinadas normas y principios y para adquirir conciencia de determinados objetivos comunes. Por otro lado, se refiere a la *cohesión social*, entendida en este caso como los lazos sociales existentes entre estos miembros. En un análisis multinivel de este concepto, Sampson et al. (1997) estudiaron cómo las características sociales y organizativas de un grupo de barrios explicaban las variaciones en los índices de delincuencia, más allá de las características sociodemográficas agregadas de sus miembros. Sampson et al. (2007) apuntaron que los mecanismos formales e informales de control social se incrementan cuando la cohesión social en el entorno comunitario es elevada. La eficacia colectiva tiene en cuenta a la comunidad como unidad de análisis. Por ello, no se puede reducir a las percepciones individuales de control de cada uno de sus miembros (Duncan et al., 2003; Price & Behrens, 2003). Al igual que la autoeficacia individual, si la percepción global de la comunidad es que no es posible llevar a cabo el cambio a través de la acción colectiva, es poco probable que se pueda implicar al entorno comunitario en programas de intervención y en iniciativas de movilización social (Foster-Fishman et al., 2007).

En definitiva, aspectos como la cohesión social, la conciencia de los problemas y los objetivos comunes de intervención o la capacitación para la intervención están presentes en el modelo de preparación comunitaria (Oetting, et al., 1995). En primer lugar, las características de la comunidad son un elemento importante de la preparación para el cambio. Algunas de ellas como el clima comunitario, los lazos sociales y las redes interorganizativas influyen en el grado de cohesión social de la comunidad (Edwards et al., 2000). En segundo lugar, tanto la conciencia de los problemas existentes en la comunidad como el conocimiento de los programas que se aplican para hacer frente a estos problemas, son, como veremos a continuación, dos de las dimensiones fundamentales del modelo de preparación comunitaria. Una comunidad consciente de los programas e iniciativas existentes en su contexto y que conoce los problemas que le afectan, es una comunidad con una mejor disposición para trabajar en objetivos comunes a todos sus miembros. Finalmente, la capacidad comunitaria también es un elemento importante en la preparación para el cambio. Una comunidad capacitada para la implementación de programas y que participa activamente en el diseño y planificación de programas probablemente estará mejor preparada para iniciar procesos de intervención social.

En resumen, a partir de las dimensiones y procesos comunitarios descritos, se puede articular el modelo de preparación comunitaria. Pero la preparación comunitaria para el cambio no se puede reducir sólo a la descripción de estas características comunitarias. El concepto de preparación para el cambio incluye un componente dinámico y de interacción entre el proceso de implementación y la comunidad que no solo es el resultado de la suma de un conjunto de procesos

comunitarios. La preparación para el cambio es fruto de la interrelación entre diferentes contextos (comunitario y organizativo, teórico y práctico, académico y profesional) así como del momento histórico en que se encuentre la comunidad, lo que permite obtener una perspectiva amplia y compleja del cambio social.

A continuación describiremos dos de los modelos de preparación comunitaria más utilizados en la evaluación del concepto. En primer lugar nos centraremos en el modelo inicial propuesto por Oetting y otros autores. En segundo lugar, detallaremos la propuesta integradora de Feinberg y otros. En general, estos modelos utilizan las dimensiones descritas para evaluar y clasificar entornos comunitarios en función del nivel de preparación para el cambio.

Factores, dimensiones y niveles de preparación comunitaria.

El modelo desarrollado inicialmente por Oetting et al. (1995) amplía las etapas de preparación propuestas por Prochaska & DiClemente (1982) hasta un total de nueve. Esta ampliación responde a que la preparación en una comunidad debe hacer frente a procesos grupales y organizativos que no son relevantes en la preparación individual (Edwards et al., 2000). También consideran que la preparación individual de Prochaska es un constructo unidimensional, mientras que la preparación comunitaria debe tener en cuenta la complejidad y la multidimensionalidad del contexto comunitario. De este modo, establecen seis dimensiones fundamentales relacionadas con el conocimiento de problemas e iniciativas por los miembros de la comunidad, el clima comunitario, los recursos existentes y el liderazgo formal e informal. En la Tabla 5 se resumen las etapas y dimensiones propuestas por estos autores.

Tabla 5. Dimensiones y niveles de preparación comunitaria

Dimensiones de preparación comunitaria
<i>1. Iniciativas existentes en la comunidad (políticas, programas y actividades).</i>
<i>2. Conocimiento comunitario de estas iniciativas.</i>
<i>3. Liderazgo formal e informal.</i>
<i>4. Conocimiento comunitario de los problemas sociales.</i>
<i>5. Recursos para la prevención.</i>
<i>6. Clima comunitario.</i>

Niveles de preparación comunitaria
<i>1. Tolerancia o ausencia de conciencia de la existencia de problemas comunitarios.</i>
<i>2. Negación o poca o ninguna conciencia de que el problema afecta a la comunidad.</i>
<i>3. Vaga conciencia entre los miembros de la comunidad de la existencia de un problema local.</i>
<i>4. Preplanificación o idea general de la existencia de un problema y de la necesidad de articular iniciativas concretas.</i>
<i>5. Preparación o planificación inicial de acciones centradas en problemas concretos.</i>
<i>6. Iniciación o existencia de alguna información acerca de las necesidades y problemas que justifican las iniciativas puestas en marcha.</i>
<i>7. Institucionalización o estabilización de programas o actividades y apoyo de la administración u otras organizaciones comunitarias.</i>
<i>8. Confirmación/expansión de iniciativas estandarizadas en la comunidad y apoyo por diversos agentes comunitarios.</i>
<i>9. Profesionalización de las iniciativas comunitarias, conocimiento sistemático y exhaustivo de los problemas comunitarios y recogida continua de información sobre la efectividad de los programas.</i>

El modelo de preparación comunitaria planteado por Oetting et al. (1995), hace referencia a la preparación específica de la comunidad para un ámbito concreto de intervención. Es decir, la preparación comunitaria depende del problema de intervención que hayamos definido. Por ejemplo, en trabajos recientes, se ha evaluado la preparación de la comunidad para el cambio que supone la prevención del VIH (Vernon & Jumper-Thurman, 2002; Plested, Edwards & Jumper-Thurman, 2007; McCoy, Malow, Edwards, Thurland & Rosemberg, 2007; Jumper-Thurman, Vernon & Plested, 2007; Aboud, Huq, Larson & Ottisova, 2010); la prevención del cáncer de mama en mujeres latinas (Lawsin, Borrayo, Edwards & Belloso, 2007; Borrayo, 2007); la prevención de la obesidad infantil (Findholt, 2007); las políticas locales de prevención del tabaquismo (York & Hahn, 2007) o la prevención del consumo de drogas (Plested, Smitham, Thurman, Oetting & Edwards, 1999; Oetting et al., 1995; Jumper-Thurman, Plested, Edwards, Oetting & Helm, 2001; Ogilvie et al., 2008). Otros aspectos que han sido evaluados son la preparación para la implementación de programas de fomento de la seguridad vial (Kakefuda, Stallones & Gibbs, 2008) o la preparación para el desarrollo y la movilización comunitaria de minorías étnicas (Scherer, Ferreira-Pinto, Ramos & Homedes, 2002).

El contexto organizativo y el contexto comunitario en la preparación para el cambio

Por otro lado, aunque es cierto que la preparación para el cambio de una comunidad puede depender del problema social y el tipo de intervención que planteemos, existe un conjunto de características y procesos comunitarios que

pueden facilitar el cambio social. Se trataría de elementos disposicionales y estructurales, no relacionados con problemas específicos, sino con procesos generales. Como en el caso de la capacidad comunitaria (Wandersman et al., 2008), nos podemos centrar en la preparación para la implementación de innovaciones específicas, o en la preparación para el funcionamiento general de los contextos comunitarios. En este sentido, como apuntan Chilenski, Greenberg & Feinberg (2007), la historia previa de iniciativas de participación, el sentido de comunidad de sus miembros o la implicación de diversas organizaciones sociales y profesionales en la comunidad, son aspectos que pueden facilitar los procesos de cambio.

El concepto de preparación para el cambio integra elementos organizativos y comunitarios. La identificación de contextos organizativos que puedan obstaculizar o facilitar el cambio en la comunidad, añade más valor a la evaluación de los propios procesos comunitarios y permite obtener una visión más amplia de la preparación de la comunidad para el cambio. En este caso, la intervención se entiende como un proceso de colaboración con la comunidad, en el que la participación de organizaciones y agentes comunitarios se torna fundamental para garantizar su efectividad (Feinberg, Greenberg, Osgood, Anderson & Babinski, 2002; Feinberg, Greenberg & Osgood, 2004). Chilenski et al. (2007) identifican cuatro procesos disposicionales de la comunidad que determinan la preparación de la comunidad para el cambio.

El *apego o la pertenencia a la comunidad*, se relaciona con los lazos psicológicos y emocionales de sus miembros. Este factor parte de la consideración de la

cohesión organizativa (Lehman et al., 2002) y del ya mencionado sentido de comunidad (McMillan & Chavis, 1986).

La *iniciativa comunitaria*, indica el nivel de compromiso de los miembros de la comunidad con las iniciativas existentes. Por un lado, hace referencia a los conceptos de autonomía e influencia individual de los procesos organizativos y por otro a la participación ciudadana en los entornos comunitarios.

El tercer concepto se relaciona con la *eficacia*, y hace referencia al historial de éxitos y fracasos de la comunidad en la puesta en marcha de iniciativas de desarrollo comunitario al igual que el concepto mencionado de eficacia colectiva (Sampson et al., 1997). Aquellas comunidades que tengan mayor confianza en sus propias habilidades es más probable que pongan en marcha iniciativas efectivas de intervención.

Finalmente, el último factor es el *liderazgo*. En el modelo inicial de preparación comunitaria, se hace referencia solo a la presencia o ausencia de líderes que favorezcan el cambio comunitario (Oetting et al., 1995), mientras que Chilenski et al. (2007) proponen la inclusión de aspectos relacionados con las habilidades y la calidad del liderazgo. Generalmente, aquellos líderes que tengan capacidad para involucrar a miembros de la comunidad en las iniciativas y que puedan fomentar el consenso y la colaboración serán más efectivos en la creación de preparación para el cambio.

En resumen, estos factores influirán en la implicación activa de los miembros de la comunidad en las iniciativas de cambio existentes. Además, las prioridades y las actitudes de las organizaciones comunitarias hacia la prevención, la

colaboración y el desarrollo tendrán un impacto claro en la movilización social de sus miembros. También influirán en la creación de coaliciones y estructuras de participación que favorezcan dicho cambio. De hecho, el nivel inicial de preparación comunitaria determinará el funcionamiento de estas coaliciones e iniciativas de participación (Feinberg et al., 2004).

Evaluación de la preparación comunitaria

La investigación sobre preparación comunitaria ha recibido gran atención en intervención comunitaria en los últimos años. La propuesta de varios modelos es consecuencia de la complejidad de los sistemas organizativos y comunitarios. Por ejemplo, el modelo basado en etapas de Oetting et al. (1995) es un modelo concreto que proporciona una herramienta de asistencia técnica sencilla y fácil de aplicar en diferentes ámbitos. No es necesario un muestreo exhaustivo de la población, ya que en este caso se utiliza a los informantes clave como fuente de información directa de su entorno comunitario. Los informantes clave pueden proporcionar información fiable y consistente a lo largo del tiempo, como demostraron Slater et al. (2005) en la evaluación longitudinal de la preparación para el cambio en 16 comunidades, tras recibir entrenamiento y asistencia técnica en la prevención del consumo de drogas en jóvenes.

Por otro lado, cuando un programa requiere de un análisis exhaustivo de las condiciones comunitarias de aplicación, quizá sea necesario utilizar técnicas que permitan obtener información representativa y objetiva de la población. Por ejemplo, Beebe, Harrison, Sharma & Hedger (2001) propusieron la evaluación de la preparación comunitaria mediante un instrumento validado y construido a

través de su aplicación a una muestra de más de 7.000 personas. Esta iniciativa partió de las limitaciones que, a su juicio, tenía el modelo propuesto por Oetting et al. (1995). Estas se relacionan con (a) la fiabilidad y la validez de las fuentes de información utilizadas (informantes clave), (b) la ausencia de principios psicométricos en el desarrollo del instrumento o en la identificación de las dimensiones o factores evaluados, (c) la utilización de métodos estimativos en la puntuación de la escala y (d) la falta de una validación externa de los datos obtenidos (Beebe et al., 2001).

En el mismo sentido, Behar & Hydaker (2009) propusieron la identificación de las dimensiones comunitarias fundamentales que intervienen en la preparación para la implementación de sistemas de atención social y sanitaria, aunque prestando especial atención a la salud mental infantil. Para estos autores, el concepto de preparación comunitaria constituye una contribución importante a la mejora de los procesos de planificación e implementación en los contextos comunitarios. La identificación de las dimensiones del concepto de preparación utiliza una metodología basada en la utilización de mapas conceptuales. Para ello seleccionaron una muestra de expertos, que tenían que (a) generar una lista de factores comunitarios implicados en la preparación para la implementación de sistemas de atención sociosanitaria y (b) organizar, priorizar y ordenar estos factores en función de su importancia y dificultad de implementación. El resultado fue la creación de ocho grandes factores de preparación para el cambio (las redes de colaboración locales, la implicación de jóvenes y familias, el liderazgo, la existencia de objetivos compartidos, la colaboración, la responsabilidad, la evaluación y los planes para la ampliación de los servicios).

El carácter dinámico de la preparación comunitaria

El diagnóstico de la preparación comunitaria para el cambio social permite proponer estrategias de optimización de la implementación de programas. Este concepto hace referencia, en último término, a la interacción de la historia y las características comunitarias con el diseño y la implementación de programas de intervención. De este modo, la transferencia de resultados entre la ciencia y la práctica en intervención comunitaria se puede beneficiar del diagnóstico de un proceso comunitario dinámico e interactivo como es el de preparación comunitaria.

En una revisión reciente sobre capacidad comunitaria, Flaspohler et al. (2008) afirman que la capacidad y la preparación comunitarias son conceptos que han sido usados de forma indistinta para describir los mismos procesos comunitarios. En todos los casos se destaca la importancia de las habilidades, conocimientos y actitudes de la comunidad en la implementación, la diseminación de innovaciones y el mantenimiento de estas innovaciones. Para Flaspohler et al. (2008) aunque es cierto que es necesario desarrollar estudios que se centren en uno u otro concepto (capacidad o preparación), en el fondo son conceptos similares en cuanto a su definición y propósito. Por otro lado, Goodman et al. (1998) y Foster-Fishman et al. (2007), afirman que el uso de los mismos de forma intercambiable supone soslayar diferencias importantes que contribuyen al desarrollo de las iniciativas comunitarias.

Para Foster-Fishman et al. (2007), siguiendo la propia definición de Goodman et al. (1998), la capacidad comunitaria se refiere específicamente a las estructuras y

procesos que tiene actualmente una comunidad para ayudar a movilizar a sus residentes y disponerlos para la acción. En su estudio, estos autores se centran en los lazos sociales (las relaciones e interacciones existentes en un vecindario, barrio o comunidad y el grado de socialización entre sus miembros) y el liderazgo comunitario (que incluye tanto los líderes formales como los informales) como elementos de evaluación de la capacidad comunitaria.

La preparación para el cambio por su parte, hace referencia al grado en que una comunidad ha aceptado que el cambio propuesto por un programa es necesario y deseable y tendrá el resultado esperado (Donnermeyer, Plested, Edwards, Oetting & Littlethunder, 1997).

En este, sentido, al hablar de preparación para el cambio, es necesario partir de una de las características de la ciencia comunitaria mencionadas por Wandersman (2003). Se trata de la adopción una perspectiva histórica en la investigación comunitaria y en la descripción de los procesos comunitarios de cambio. Es decir, la preparación para el cambio no es un elemento estático de la comunidad, sino que trata de determinar una predisposición comunitaria. Esta predisposición tiene un componente de interacción entre la historia previa del entorno comunitario, sus características actuales y las perspectivas futuras de cambio relacionadas con la puesta en marcha de procesos de intervención e implementación de programas. Se trata de una perspectiva interaccionista e histórica del concepto que no admite referirse a la preparación para el cambio solo como un conjunto de características contemporáneas de la comunidad en la que únicamente se tengan en cuenta

determinados indicadores estáticos. Ello finalmente supondría adoptar una perspectiva un tanto reduccionista en la evaluación del concepto.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

En el capítulo I hemos visto cómo los centros de salud son organizaciones que mantienen una relación estrecha con otros agentes comunitarios, como los servicios sociales, las asociaciones comunitarias, etcétera. Incluso se destaca la creación de coaliciones y comisiones de salud como una de las estrategias fundamentales de intervención en APS. De hecho, el Servicio Andaluz de Salud, a través del *Decreto 259/2001*, regula la creación y el funcionamiento de los Consejos de Salud, como órganos oficiales de participación ciudadana.

En este contexto, es el trabajador social de salud el que actúa como mediador entre el centro y el entorno comunitario en que este se ubica. También aglutina gran parte de la responsabilidad en la incorporación de la perspectiva psicosocial en la APS a la población. El rol que desempeña en el centro y su integración en el equipo de salud, proporciona el contexto en el que poder evaluar los procesos organizativos que influyen en la implementación de iniciativas comunitarias de intervención en salud.

Por otro lado, en el capítulo II hemos visto cómo el estudio de la interacción entre los procesos organizativos y comunitarios y la implementación de programas es determinante en el planteamiento de estrategias efectivas de transferencia de resultados entre ciencia y práctica. El concepto de preparación comunitaria para el cambio, refleja claramente esta interdependencia entre factores organizativos y

comunitarios en la intervención sociosanitaria. En este sentido, la APS puede ser también el contexto adecuado para el estudio de la preparación para el cambio y de las relaciones entre los factores mencionados.

Por tanto el objetivo fundamental de esta tesis será establecer la relación entre los elementos y procesos de los contextos comunitario y organizativo y las características de la práctica profesional y la intervención sociosanitaria en APS en Andalucía. Este objetivo general se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar la preparación comunitaria para el cambio de los contextos comunitarios de los centros de APS en los que desarrollan su práctica profesional los trabajadores sociales participantes.
2. Determinar la relación del contexto comunitario (la preparación comunitaria para el cambio, la comunicación y participación de la comunidad en el centro, los problemas sociales existentes o las características sociodemográficas de la población atendida) y la práctica profesional de los trabajadores sociales en APS (ámbitos de intervención, distribución de tareas, ajuste a las competencias normativas, etcétera).
3. Determinar la relación de los condicionantes organizativos y grupales (demandas laborales y clima para la innovación en el centro, expectativas de rol de otros profesionales del centro, dinámicas de trabajo en el equipo de salud o recursos percibidos para el desarrollo profesional) y las características de la práctica profesional de los trabajadores sociales en APS.

4. Evaluar la interacción de los procesos comunitarios y organizativos con el rol del trabajador social en el centro de salud y con la implementación de iniciativas de intervención social en salud en el contexto de la APS.

5. Evaluar las diferencias existentes entre los trabajadores sociales de APS y otros profesionales del centro de salud en la definición del papel del trabajo social en APS, en la percepción de las demandas del contexto organizativo y en el clima para la innovación profesional en la atención al usuario.

CAPÍTULO IV. LA PREPARACIÓN COMUNITARIA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA

La preparación comunitaria se relaciona con la efectividad de la intervención en contextos de salud. Por ejemplo, Wakerman et al. (2008) identificaron la preparación comunitaria como un facilitador contextual en el desarrollo de modelos efectivos de APS. También se ha evaluado la preparación comunitaria para la introducción de innovaciones tecnológicas en los servicios de asistencia sanitaria (Jennett et al., 2003; Ervin & Berry, 2006). De forma más general, la evaluación de la preparación comunitaria también ha sido ampliamente utilizada en contextos de intervención y prevención en salud. Por ejemplo, Oetting, Jumper-Thurman, Plested & Edwards (2001) evaluaron la preparación para la prevención del consumo de drogas en tres grupos de comunidades rurales. Además, propusieron estrategias de mejora de la implementación a través de la mejora de la preparación comunitaria.

Por otro lado se ha descrito la importancia de los factores psicosociales y comunitarios en la efectividad de los programas de prevención y de los servicios comunitarios de salud (Goodman et al., 1998; Murphy-Berman, Shnoes & Chambers, 1995; Feinberg, Greenberg & Osgood, 2004; Alfonso et al., 2008). Por ejemplo, Alfonso et al. (2008) evaluaron la capacidad de intervención en salud en

un conjunto de coaliciones comunitarias encargadas de la aplicación de un programa prevención de la obesidad infantil. Los resultados mostraron que la presencia de determinados indicadores de capacidad comunitaria (los conocimientos y habilidades de implementación, los recursos comunitarios o el poder) eran facilitadores del mantenimiento de la aplicación de este programa.

También se ha investigado la importancia de la participación comunitaria en el desarrollo de los servicios de atención en salud. En concreto, las relaciones entre la comunidad y los sistemas sanitarios han sido consideradas como un elemento central en la provisión de recursos de salud (Pritchard, 1975; Rifkin, 1986; Brown, 1994; Sepehri & Pettigrew, 1996; Kirk et al., 1997; Deslile & Ouellet, 2001; Crawford et al., 2002). Por ejemplo, Kirk et al. (1997) estudiaron los beneficios, obstáculos y dificultades de la participación de la comunidad local en el desarrollo de cuatro centros de recursos de APS en Gran Bretaña. También cabe destacar la revisión de Crawford et al. (2002) sobre los estudios que analizan los efectos de la implicación de los usuarios en la planificación y el desarrollo de servicios sanitarios.

En otros casos, la creación de coaliciones o grupos de colaboración, se convierte en una forma de canalizar la participación de la comunidad en la implementación de iniciativas sociosanitarias. Por ejemplo, Currie et al. (2005), elaboraron un modelo sobre el impacto de diversas coaliciones de investigación con miembros del contexto académico y del contexto comunitario en los servicios sociales y de salud. Este modelo especificaba las funciones que deberían tener estas coaliciones y su utilidad para el entorno comunitario. En el mismo sentido, Nowell (2009)

destacó la importancia de la creación de redes de colaboración interorganizativas (desde coaliciones comunitarias hasta comisiones de coordinación) para la mejora de la efectividad en los resultados de la intervención comunitaria.

En nuestro caso, consideramos que los centros de APS y su contexto comunitario, son pertinentes para el estudio de la influencia de los elementos comunitarios sobre el proceso de implementación. Los centros de salud son sistemas organizativos abiertos al entorno comunitario en los que tienen gran importancia los procesos de participación social y las características de la atención sociosanitaria y asistencial al usuario. Por otro lado, el papel de mediación con el contexto comunitario y de aportación de la perspectiva psicosocial en la atención sanitaria del trabajador social de APS, lo convierten en una fuente de información fiable y de calidad de su entorno organizativo y comunitario. Por ello, en el presente estudio proponemos la evaluación de la preparación comunitaria para la intervención sociosanitaria desde los centros de APS, mediante la entrevista a los trabajadores sociales, como informantes clave de sus contextos organizativos y comunitarios.

Objetivos

El objetivo general del presente estudio será evaluar la preparación comunitaria de los contextos comunitarios de los centros de APS en la que desarrollan su práctica profesional los trabajadores sociales de salud en Andalucía.

Paralelamente a este objetivo general, podemos enumerar tres objetivos específicos:

1. Establecer diferentes tipos o perfiles de contextos en función de las dimensiones de preparación comunitaria evaluadas. El modelo de preparación para el cambio más extendido (Oeting et al., 1995) se basa en la identificación y clasificación de los entornos comunitarios en varios niveles de preparación comunitaria, mediante la obtención de una puntuación global en función de los autoinformes de los informantes clave evaluados. En nuestro caso, consideramos que la identificación de tipos de contextos comunitarios de preparación se ajusta más a los principios teóricos del concepto.
2. Elaborar un modelo de preparación para el cambio basado en las propias características de los contextos evaluados. El modelo mencionado de preparación comunitaria para el cambio se basa en la elaboración de una estructura teórica y metodológica previa, a la que se ajustan los contextos comunitarios evaluados. En nuestro caso, trataremos de partir de las propias características comunitarias para establecer un modelo de preparación comunitaria que se ajuste adecuadamente a estas características.
3. Evaluar la relación entre los perfiles de preparación comunitaria identificados y las características del contexto organizativo y profesional del centro de APS. La preparación comunitaria para el cambio, determina en ocasiones el tipo de funcionamiento de las organizaciones del entorno comunitario, así como la práctica profesional.

Metodología

Evaluación de la preparación comunitaria

Como mencionamos en el capítulo II, Beebe et al. (2001) y Schroepfer et al. (2009) han señalado diversas limitaciones de la metodología de evaluación de la preparación comunitaria propuesta por Oetting et al. (1995). Otros autores como Chilenski et al. (2007), Foster-Fishman et al. (2007) o Behar & Hydaker (2009), han avanzado en la propuesta de estrategias alternativas de evaluación y de modelos de desarrollo teórico y práctico del concepto de preparación comunitaria. Por ejemplo, aunque no suponga una metodología de evaluación específica para la preparación para el cambio, Behar & Hydaker (2009) utilizaron técnicas basadas en los mapas conceptuales para la identificación de las dimensiones de preparación comunitaria. Lo novedoso de su propuesta radica en la utilización de herramientas informáticas y metodologías eficientes de investigación basadas en las nuevas tecnologías para recoger y analizar una gran cantidad de información a partir de una amplia muestra de informantes clave. Ello les permite elaborar un modelo de preparación comunitaria con una elevada validez externa y asentado sobre una sólida base metodológica.

Podemos destacar también la diversidad de dimensiones utilizadas para la evaluación de la preparación comunitaria para el cambio. En cada contexto comunitario se consideran relevantes unas dimensiones u otras, centradas en problemas concretos o generales y que derivan en niveles, indicadores o perfiles de preparación para el cambio.

Por ejemplo, Beebe et al. (2001) evaluaron la percepción y las actitudes de la comunidad hacia el problema y el apoyo comunitario hacia las iniciativas creadas para solucionar el problema. Por su parte, Kumpfer, Whiteside, Wandersman & Cardenas (1997) se centraron en la participación, la movilización y la puesta en marcha de programas, el sentido de comunidad y la creación de redes comunitarias o la definición y el reconocimiento del problema. Gouvis, Moore, Jenkins & Small (2002) también incluyeron el reconocimiento y la preocupación por los problemas comunitarios, junto a la implicación individual y organizativa. Finalmente, Foster-Fishman et al. (2007) incluyeron la eficacia colectiva y la esperanza de cambio en la evaluación de la influencia de la preparación comunitaria en la implicación y la participación comunitaria en zonas vecinales.

Finalmente, existen por un lado propuestas de desarrollo y evaluación del concepto, centradas en problemas concretos (Oetting et al., 1995; Kumpfer et al., 1997; Beebe et al., 2001; CityMatCH, 2003). Por el contrario, otras propuestas se centran en características generales de la comunidad que pueden servir para la mejora de la predisposición para el cambio y para hacer frente a los problemas existentes en el entorno comunitario (Gouvis et al., 2002; Lehman et al., 2002; Feinberg et al., 2004).

En nuestro caso, utilizaremos la evaluación de determinados indicadores generales de la comunidad para obtener una descripción adecuada de la preparación comunitaria de los entornos evaluados. Para ello entrevistaremos a una muestra de trabajadores sociales de centros de salud.

Participantes

Los participantes en este estudio fueron 81 trabajadores sociales incluidos en las sesiones de formación en intervención comunitaria del proyecto de investigación “*Modelo Comunidad-práctica-resultados en la mejora de la implementación de programas de los trabajadores sociales en Centros de Atención Primaria*”. Estas sesiones tuvieron lugar en Sevilla, Málaga y Córdoba en mayo de 2008. En total se entrevistó al 29,3 por ciento de los 297 trabajadores sociales que trabajaban en centros de salud en Andalucía en el momento de las entrevistas.

En la tabla 6 detallamos el número de trabajadores sociales existentes por provincia y el número de entrevistados en el marco de la investigación.

Tabla 6. Distribución de trabajadores sociales por provincias

Provincias	Nº TS	Nº Entrevistados	Porcentaje de entrevistados respecto a la provincia
Almería	27	7	25.9
Cádiz	40	10	25
Córdoba	28	5	17.9
Granada	38	6	15.8
Huelva	25	6	24
Jaén	36	8	22.2
Málaga	49	21	42.9
Sevilla	54	16	29.6
S/I*	---	2	---
TOTAL	297	81	29.3

*Sin identificar la provincia de procedencia.

Del total de entrevistados, un 95.06 por ciento eran mujeres. El promedio de edad era de 43.6 años y llevaban trabajando una media de 8.24 años en el centro de salud.

En este caso, los trabajadores sociales actuaban como informantes clave de su contexto para la evaluación de la preparación de la comunidad. Las entrevistas a informantes clave es una metodología que ha mostrado su efectividad en la evaluación de necesidades (Wiener, Wiley, Huelsman & Higelmann, 1994). Un informante clave es una persona que conoce en profundidad la cuestión por la que se le pregunta, sin necesidad de ser un líder comunitario o un miembro influyente de la comunidad (Edwards et al., 2000). Para Armenakis et al. (1993) y Feinberg et al. (2007), la preparación para el cambio es una característica cognitiva de los contextos organizativos y comunitarios. Por tanto, incluye percepciones de los individuos acerca de los recursos, el liderazgo, las habilidades sociales y la cohesión comunitaria y el sentido de pertenencia a la comunidad. Es por ello que a la hora de evaluar la preparación comunitaria a través de las entrevistas a informantes clave, se evalúan en realidad las percepciones que un conjunto de actores clave de la comunidad tienen acerca de un conjunto de dimensiones.

Instrumentos

Para la obtención de la información de la muestra de trabajadores sociales seleccionada, se elaboró un cuestionario de evaluación de los siguientes indicadores:

- Problemas sociales existentes en el entorno comunitario del centro de salud.
- Principales áreas de intervención y principales colectivos con los que se desarrollan iniciativas de intervención sociosanitaria desde el contexto del centro de salud.

- Frecuencia de contactos y coordinación del centro de salud con otras organizaciones comunitarias.
- Ajuste de los programas implementados a las características del entorno y participación de la comunidad en las iniciativas del centro de salud.
- Organización y funcionamiento del centro de salud.
- Preparación comunitaria del entorno en el que se sitúa el centro de salud.

El cuestionario fue autoaplicado y se administró en el contexto de tres sesiones de formación en intervención comunitaria en salud dirigidas a trabajadores sociales de APS. La duración de la cumplimentación del cuestionario fue de unos 45 minutos aproximadamente. Además de obtener información de los trabajadores sociales, las entrevistas dieron lugar a un ejercicio de reflexión sobre la propia actividad profesional sobre temas como: los problemas sociales y su prevalencia en el entorno comunitario del centro de salud, los colectivos y programas de intervención habituales, la coordinación y el contacto con otros servicios y profesionales, y la organización y el funcionamiento del centro de salud.

Los participantes dieron su consentimiento informado para la utilización de la información obtenida con fines de investigación, respetando el anonimato en las respuestas.

Escala de preparación comunitaria

Se diseñó una escala de 18 ítems que recogía los elementos considerados en la evaluación de la preparación para el cambio en los contextos comunitarios de los

centros de salud: la percepción de los problemas comunitarios, la percepción de la implicación tanto del trabajador social como de otros profesionales del centro en el entorno comunitario, el ajuste comunitario de las intervenciones y la participación comunitaria en los programas de salud. Estos indicadores engloban algunas de las dimensiones apuntadas por otros autores sobre la preparación comunitaria. En la escala diseñada, los trabajadores sociales entrevistados debían responder de 1 a 10 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones propuestas.

Evaluación del funcionamiento organizativo

Se elaboró igualmente un indicador del funcionamiento organizativo, a partir de algunos de los ítems relacionados con variables organizativas evaluadas en el cuestionario. En concreto, se tuvieron en cuenta los indicadores de formación de los profesionales, delimitación de competencias en el centro de salud, existencia de estrategias de captación activa de usuarios, flexibilidad en la atención sanitaria y el sumatorio de programas aplicados desde el centro.

Fuentes externas de obtención de información

También se obtuvo información secundaria de bases y fuentes externas de datos:

- La memoria estadística de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008. Esta memoria recoge información cuantitativa de los principales indicadores de salud y atención sanitaria de la población. Incluye datos sobre demografía, morbilidad y mortalidad poblacional, recursos existentes, uso de servicios y participación en programas de salud y

garantías de derechos sanitarios. Las fuentes de información utilizadas han sido datos sociodemográficos de diversos estudios, datos de los propios recursos incluidos, etcétera.

- Información del Instituto de Estadística de Andalucía. En este caso recogimos información de los principales indicadores de salud de la población, así como diversos indicadores sociales y de participación.

Resultados

Problemas, programas y poblaciones atendidas en el entorno comunitario

En primer lugar, obtuvimos datos de los informantes clave acerca de los principales problemas existentes en el entorno comunitario, de los programas de salud aplicados y de las poblaciones atendidas desde el centro de salud.

Se les presentó a los trabajadores sociales un listado de problemas, de los que debían indicar su presencia o ausencia en su entorno comunitario (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de problemas comunitarios

Problemas comunitarios	F	%
Desempleo	43	53.1
Carencias formativas profesionales	43	53.1
Consumo problemático de drogas	41	50.6
Deterioro urbanístico y déficit en infraestructuras	34	42.0
Violencia doméstica	27	33.3
Desintegración social	27	33.3
Deficiencias higiénico-sanitarias	25	30.9
Absentismo y fracaso escolar	21	25.9
Conflictos interculturales	20	24.7

Los problemas mencionados con mayor frecuencia por los trabajadores sociales entrevistados tienen que ver con el ámbito laboral (el desempleo y las carencias formativas profesionales de la población, ambos mencionados por un 53.1 por ciento de los entrevistados). También el consumo problemático de drogas y el deterioro urbanístico aparecen con frecuencia (50.6 y 42 por ciento, respectivamente). En menor medida se hace referencia al absentismo escolar (25.9 por ciento) y a los conflictos interculturales (24.7 por ciento).

También se les preguntó a los trabajadores sociales acerca de la presencia o ausencia de un conjunto de áreas de aplicación de programas de intervención sociosanitaria desde el centro de salud (Tabla 8).

Tabla 8. Áreas de intervención desde el centro de salud

Áreas de intervención desde el centro de salud	F	%
Atención a la tercera edad	65	83.3
Materno-infantil	62	79.5
Prevención en centros educativos	56	71.8
Enfermedades crónicas	54	69.2
Atención a las adicciones	49	62.8
Atención al colectivo inmigrante	39	50.0
Salud mental	26	33.3
Enfermedades de transmisión sexual	23	29.5
Marginación e integración social y laboral	15	19.7

Los resultados muestran que la atención a la tercera edad (83.3 por ciento de los entrevistados) es el ámbito donde se aplican con mayor frecuencia programas desde los centros de salud. Le siguen el área materno-infantil (79.5 por ciento), la prevención y promoción de la salud en centros educativos (71.8 por ciento) y la intervención en enfermedades crónicas (69.2 por ciento). Por el contrario, el área

de salud mental (33.3 por ciento), las enfermedades de transmisión sexual (29.5 por ciento) y la marginación o integración de diversos colectivos (19.7 por ciento) son las áreas en las que se aplican programas desde el centro de salud con menor frecuencia.

Las principales poblaciones diana atendidas se muestran en la Tabla 9. Se les preguntó a los trabajadores sociales acerca del nivel de atención que, desde diversas organizaciones y agentes comunitarios, recibían diferentes poblaciones del entorno comunitario.

Tabla 9. Poblaciones atendidas desde organizaciones comunitarias*

Poblaciones atendidas desde el centro	M	SD
Mujeres	2.77	1.44
Jóvenes y adolescentes	2.49	1.63
Adultos	2.27	1.79
Familias	2.01	1.64
Inmigrantes	1.87	1.55
Minorías étnicas	0.98	1.38

* Puntuación de 0 a 5 en función del nivel de atención a cada población.

Las principales poblaciones atendidas desde el centro de salud son las mujeres (M=2.77), los jóvenes y adolescentes (M=2.49) y los adultos en general (M=2.27). En menor medida se atiende al colectivo de inmigrantes (M=1.87) y a las minorías étnicas en general (M=0.98).

Finalmente, respecto a la coordinación del centro de salud con otras organizaciones comunitarias, los resultados encontrados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Frecuencia de contacto con otras organizaciones comunitarias*

Organizaciones comunitarias	M	SD
Centros de Servicios Sociales	2.89	0.35
Centros escolares	2.06	0.87
Asociaciones de autoayuda	1.89	0.84
Centros provinciales de drogodependencias	1.80	0.98
Asociaciones de mujeres	1.53	0.78
Asociaciones juveniles	0.68	0.72

* Puntuación de 0 a 3 en función de la frecuencia de contactos

Como vemos, el mayor número de contactos se establece con los centros de los servicios sociales comunitarios (M=2.89), junto a los centros escolares (M=2.06). Por el contrario, las asociaciones de mujeres (M=1.53) y las asociaciones juveniles (M=0.68) son las contactadas con menor frecuencia desde el centro de salud.

En resumen, en los centros de salud de los trabajadores sociales entrevistados se interviene con relativa frecuencia en factores sociales y comunitarios que influyen en la salud de los usuarios, como la inserción sociolaboral, el consumo de drogas o el déficit en infraestructuras en el entorno comunitario. Estos problemas sociales motivan la implementación de programas sistematizados de intervención, sobre todo referidos a la tercera edad y la atención materno-infantil. Destaca también la colaboración con los centros educativos en la implementación de programas dirigidos a escolares (con programas de promoción de la salud como el Forma Joven). Muchos de los contactos se mantienen, además de estos últimos, con los servicios sociales, y están relacionados sobre todo con la derivación de usuarios, la participación conjunta en programas o la solicitud de provisión de recursos.

Preparación comunitaria para el cambio

En la tabla 11 se resumen las medias de las respuestas obtenidas por los trabajadores sociales entrevistados en la escala de preparación comunitaria.

Tabla 11. Medias de la escala de Preparación Comunitaria*

Ítem	M	SD
1. Conocimiento de programas por el TS	7.74	1.46
2. Inversión de tiempo en la comunidad por el TS	6.84	2.23
3. Importancia de intervención en comunidad para el TS	9.31	2.17
4. Interés por iniciativas comunitarias del TS	9.21	1.59
5. Conocimiento canales de información por TS	7.97	1.64
6. Implicación del CS en las iniciativas comunitarias	5.64	2.62
7. Conocimiento Personal CS de los Programas	4.53	2.22
8. Contactos del CS con la comunidad	5.51	2.56
9. Participación del CS en grupos de trabajo en la comunidad	5.91	2.87
10. Conocimiento programas por la comunidad	4.81	1.91
11. Uno o más programas iniciados por la comunidad	4.15	2.39
12. Elevado nivel de colaboración de la comunidad	4.17	2.32
13. Contactos entre comunidad y organizaciones	4.99	2.21
14. Consideración de opinión de miembros de comunidad	4.88	2.64
15. Conocimiento de problemas comunitarios por personal del CS	6.60	2.15
16. Análisis de necesidades	5.21	2.86
17. Conocimiento de problemas comunitarios por organizaciones	6.10	1.98
18. Ajuste de los programas a los problemas de la comunidad	5.34	2.45
Media total	6.05	2.24

* Puntuación de 1 a 10 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones

Las medias más altas corresponden a los ítems relacionados con la importancia otorgada por el trabajador social a la intervención comunitaria (M=9.31) y el interés del trabajador social por las iniciativas comunitarias (M=9.21). Los promedios se sitúan en torno a 5 en la mayoría de los ítems restantes. Por ejemplo,

las medias más bajas corresponden a la existencia de programas iniciados por la comunidad ($M=4.15$) y la existencia de un elevado nivel de colaboración entre los miembros de la comunidad en los programas de intervención ($M=4.17$). Las medias obtenidas en los ítems 3 y 4, pueden que muestren una cierta deseabilidad social en la respuesta proporcionada por los trabajadores sociales por un lado, y por otro una concentración de los recursos de intervención sociosanitaria del centro de salud en el rol del trabajador social. Ello hace que consideremos necesario realizar un análisis de la fiabilidad de la escala y tener en cuenta estos patrones de respuesta en análisis posteriores.

Fiabilidad de la escala de preparación comunitaria

Para conocer la fiabilidad de la escala aplicamos el alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna de la misma. Los resultados de fiabilidad muestran un indicador alto para el conjunto de los 18 elementos de la escala ($\alpha=.860$). Si se eliminan los ítems 3 y 4 de la subescala, mejora la fiabilidad general de la misma ($\alpha=.886$).

Como hemos mencionado, los resultados obtenidos en estos dos ítems pueden deberse a la implicación comunitaria que, en general, mantienen los trabajadores sociales en su entorno (como queda de manifiesto en otros indicadores evaluados) y a las expectativas y las competencias esperadas para el rol que desempeñan en el centro de salud, sin obviar la presencia de cierta deseabilidad social en la respuesta por parte de los informantes clave. En todo caso, debido a la mejora de la fiabilidad de la escala cuando excluimos estos dos ítems, fueron eliminados de los análisis posteriores.

Análisis factorial y dimensiones de preparación comunitaria

Igualmente, nos interesaba conocer cuáles eran las dimensiones o factores evaluados a través de la escala de preparación comunitaria utilizada. Para la clasificación y agrupación de los ítems de la escala se utilizó el análisis factorial, mediante el método de los componentes principales y con rotación varimax. Se trataba de ver las dimensiones que se estaban evaluando con la escala y utilizar estas dimensiones para establecer diferentes tipos de contextos comunitarios. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Análisis factorial de la escala de preparación comunitaria

ÍTEM	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
PC1	---	---	---	.755
PC2	---	---	---	.708
PC5	---	---	---	.736
PC6	---	.826	---	---
PC7	---	.643	---	---
PC8	---	.886	---	---
PC9	---	.788	---	---
PC10	.676	---	---	---
PC11	.771	---	---	---
PC12	.758	---	---	---
PC13	.854	---	---	---
PC14	.755	---	---	---
PC15	---	---	.622	---
PC16	---	---	.682	---
PC17	---	---	.847	---
PC18	---	---	.581	---
Varianza Explicada	22.42	19.95	14.36	11.35
M	4.60	5.40	5.81	7.52
SD	2.29	2.57	2.36	1.79

En total, se encontraron cuatro factores en la escala, que en su totalidad explican el 68.07 por ciento del total de la varianza de la misma.

Para determinar los ítems que pertenecen a cada factor, han sido eliminadas aquellas saturaciones por debajo de 0.5. De este modo, nos encontramos con cuatro dimensiones que ya hemos visto que son fundamentales en la definición de la preparación para el cambio de la comunidad ante las iniciativas de intervención comunitaria:

Factor 1. Movilización y participación comunitaria. Este factor se relaciona con la participación de los miembros de la comunidad en los programas sociales que ponen en marcha diferentes agentes sociales y con la capacidad de la comunidad de autogestionar sus propios problemas.

Factor 2. Implicación comunitaria del Centro de Salud. Hace referencia a la implicación de la organización y sus miembros en iniciativas y programas comunitarios, más allá de la atención sanitaria y asistencial. Se relaciona por tanto con la actitud proactiva de los profesionales sanitarios y con su implicación y conocimiento de los problemas sociales.

Factor 3. Evaluación de necesidades y ajuste de los programas. Se relaciona con el análisis sistemático de las necesidades de la comunidad como paso previo a la implementación de los programas. Se tienen en cuenta las características de la comunidad para el ajuste de la intervención.

Factor 4. Implicación comunitaria del trabajador social. Se trata de la evaluación del conocimiento y la participación del trabajador social en el entorno comunitario en el que se encuentra su centro de salud.

Si observamos las medias de la muestra de entrevistados en cada uno de los factores descritos, vemos que es el factor 4 “*Implicación del trabajador social*” el que tiene la media más alta (M=7.52), mientras que la media más baja es la obtenida por el factor 1 “*Movilización y participación comunitaria*” (M=4.60).

Análisis de conglomerados y tipos de contextos de preparación comunitaria

A partir de los factores identificados en la escala, hemos agrupado las respuestas obtenidas en función del perfil de puntuaciones en cada uno de ellos. De esta forma, se han obtenido tres perfiles o tipos de contextos en función de los resultados en cada una de las dimensiones evaluadas de preparación comunitaria. Cada uno de estos perfiles estará caracterizado por elementos facilitadores y barreras para la efectividad en la implementación de programas de intervención social en salud.

Para el análisis de conglomerados, se utilizó el método de las k-medias. Este tipo de análisis de conglomerados está diseñado para asignar casos a un número fijo de grupos (clusters o conglomerados) cuyas características no se conocen aún pero que se basan en un conjunto de variables especificadas. Por otra parte, el análisis de conglomerados proporciona un método eficaz para evaluar y describir las características del contexto comunitario (Luke, 2005).

Tras diversos análisis previos se tomaron dos decisiones que determinaron los resultados finales obtenidos. En primer lugar, se optó por prescindir del cuarto factor, relacionado con la implicación comunitaria del propio trabajador social. Los centros de los conglomerados obtenidos para este factor, eran elevados en todos los casos. Ello restaba valor explicativo a esta dimensión, a la vez que homogeneizaba los conglomerados e impedía distinguir adecuadamente diferencias entre los mismos. En segundo lugar, se comprobó que eran tres el número de conglomerados que mejor se ajustaba a los resultados obtenidos y las características de la muestra de trabajadores sociales entrevistados.

La convergencia de los centros de los conglomerados se logró en cuatro iteraciones. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 13. Como vemos, la distribución final del número de entrevistados en cada uno de los conglomerados es equilibrada. El primer conglomerado tiene 19 sujetos, el segundo 28, mientras que el tercer grupo es el más numeroso, con 34 entrevistados.

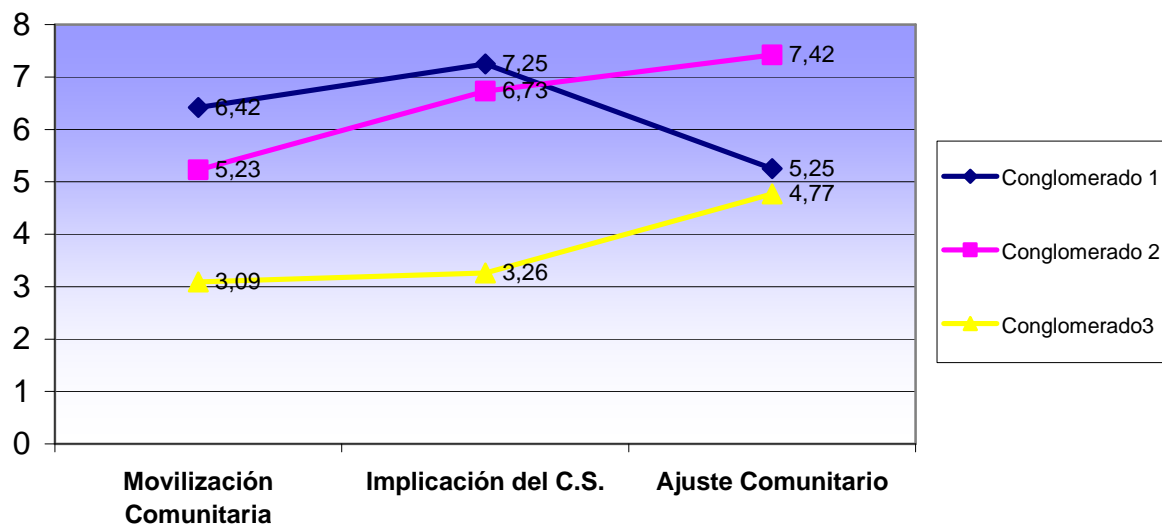
Tabla 13. Análisis de conglomerados

Dimensiones	F	1. Perfil técnico- asistencial (n=19)	2. Perfil comunitario (n=28)	3. Perfil biomédico (n=34)
		Centros finales	Centros finales	Centros finales
Movilización comunitaria	39.399	6.42	5.23	3.09
Implicación del centro de salud	87.485	7.25	6.73	3.26
Ajuste comunitario	32.306	5.25	7.42	4.77

Por otro lado, las distancias entre los conglomerados muestran que el tercer grupo es el que parece más diferente al resto al presentar distancias mayores a los

centros del primer y segundo conglomerado (5.22 y 4.86 respectivamente). Los centros de los dos primeros conglomerados muestran que estos dos son más similares entre sí (2.53).

Gráfico 4. Puntuaciones en factores por conglomerados



De acuerdo con los datos, observamos tres contextos diferenciados:

1. *Contexto técnico-asistencial.* El primer grupo, compuesto por un 23.45 por ciento de los trabajadores sociales, se corresponde con puntuaciones relativamente altas en los niveles de participación social (6.42) e implicación comunitaria del centro de salud (7.25). Sin embargo es ligeramente más bajo el factor de ajuste comunitario (5.25).
2. *Contexto de corte comunitario.* El segundo grupo, con algo más de un tercio de los entrevistados (34.56 por ciento), se caracteriza por puntuaciones intermedias en el factor de participación comunitaria (5.23) y

altas en la implicación del centro de salud (6.73) y el ajuste comunitario de los programas (7.42).

3. *Contexto biomédico o de perfil bajo.* El último conglomerado es el que agrupa a un mayor número de casos (el 41.97 por ciento). Presenta puntuaciones muy bajas en la implicación comunitaria del centro de salud (3.09) y la participación social (3.26), mientras que apenas llega a 5 el promedio en ajuste comunitario (4.77).

Es decir, a través de los análisis realizados podemos distinguir tres contextos diferentes de intervención, en función de los indicadores de preparación comunitaria y los tres factores identificados. Estos contextos se relacionan con el nivel de movilización y participación comunitaria, el nivel de pertinencia de las intervenciones o la implicación de los profesionales del centro en el entorno comunitario.

Perfiles de preparación comunitaria e indicadores organizativos y sociales de salud

A continuación analizaremos las diferencias en función del perfil en un conjunto de indicadores organizativos y comunitarios de los centros de salud analizados.

Problemas sociales, programas sociosanitarios, poblaciones atendidas y perfiles de preparación comunitaria

En primer lugar se analizó la distribución de indicadores relacionados con la prevalencia de problemas sociales en el entorno comunitario, con los ámbitos de

desarrollo de los programas y con las poblaciones atendidas desde el centro de salud en función del perfil de preparación comunitaria.

Tabla 14. Problemas comunitarios en función de los perfiles de preparación comunitaria*

Problemas comunitarios	Perfil I	Perfil II	Perfil III	χ^2 , p
Significativas deficiencias sanitarias	4 % (-2.8)	36 % (0.2)	60 % (2.2)	8,65, p<.05
Consumo problemático de drogas	12.2 % (-2.4)	46.3 % (2.3)	41.5 % (-0.1)	7,82, p<.05
Graves fenómenos de desintegración social	11,1 % (-1.9)	59.3 % (3.3)	29.6 % (-1.6)	11,24, p<.01

*Entre paréntesis se indican los residuos corregidos.

En la Tabla 14, vemos que existen diferencias significativas en función del perfil en la prevalencia de deficiencias higiénico-sanitarias, en el consumo problemático de drogas y en la existencia de fenómenos de desintegración social. En el caso de las deficiencias sanitarias, los residuos corregidos muestran que existen frecuencias mayores de las esperadas en el caso del perfil biomédico (Perfil III), mientras que son menores en el caso del perfil técnico-asistencial (Perfil I). En cuanto al consumo de drogas, las frecuencias son más altas que las esperadas en el perfil comunitario (perfil II) y menores en el perfil técnico-asistencial. Finalmente, la existencia de fenómenos de desintegración social, es más probable en la muestra en el caso del perfil comunitario, mientras que son menos frecuentes en el perfil técnico asistencial. No se encontraron relaciones significativas con el resto de problemas atendidos desde el centro de salud.

En cuanto a los programas aplicados desde el centro de salud, también comparamos su presencia en función de los perfiles de preparación comunitaria encontrados (Tabla 15).

Tabla 15. Programas aplicados en función de los perfiles de preparación comunitaria*

Programas aplicados	Perfil I	Perfil II	Perfil III	χ^2 , p
Atención al colectivo inmigrante	33.3 % (2.5)	43.6 % (1.7)	23.1 % (-3.7)	14.11, p<.01
Prevención en centros educativos	30.4 % (2.9)	37.5 % (0.9)	32.1 % (-3.3)	13.12, p<.01
Sumatorio de programas aplicados	44.53	44.37	31.18	6.89, p<.05

*Entre paréntesis se indican los residuos corregidos.

Podemos observar que, en el caso del perfil biomédico, existen menos programas de atención al colectivo inmigrante y de prevención y promoción de la salud en centros educativos. Igualmente, el sumatorio de los programas de atención socio sanitaria aplicados desde el centro de salud es significativamente menor en el caso de este perfil. Por el contrario, las frecuencias son mayores de las esperadas en el caso del perfil técnico-asistencial para los programas de atención a inmigrantes y de prevención en centros educativos. No se encontraron diferencias significativas en el resto de programas aplicados desde el centro de salud.

Finalmente, en cuanto a las poblaciones atendidas desde el centro de salud, en la tabla 16 se describen los resultados en cuanto a su distribución en función de los perfiles de preparación comunitaria.

Tabla 16. Nivel de atención a diferentes poblaciones en función de los perfiles de preparación comunitaria*

Poblaciones atendidas	Perfil I	Perfil II	Perfil III	χ^2, p
Familias	35.88	43.54	30.33	6.24, p<.05
Jóvenes	45.56	47.63	28.62	13.09, p<.01
Adultos	39.50	39.87	26.04	8.32, p<.05
Media de poblaciones atendidas	48.87	49.04	28.44	15.17, p<.01

*Se indican en las casillas los rangos obtenidos en la prueba no paramétrica.

En este caso, también observamos que el número de programas de atención sociosanitaria es significativamente menor en el perfil biomédico, en el caso de la intervención con diferentes poblaciones en general, y específicamente con familias, jóvenes y adultos. Por el contrario, los centros ubicados en contextos de perfil técnico-asistencial y comunitario, son mucho más activos en cuanto a la intervención comunitaria en salud con diferentes poblaciones de su contexto. No se encontraron relaciones significativas con el resto de poblaciones atendidas.

Funcionamiento organizativo: coordinación y atención a usuarios

Igualmente, se comparó la distribución de la frecuencia de indicadores relacionados con el funcionamiento interno y externo del centro de salud en función del perfil de preparación para el cambio.

En el caso de la frecuencia de contacto con otras organizaciones del entorno comunitario, se encontraron diferencias en los contactos con las asociaciones de mujeres ($\chi^2=7.62$, p<.05) y con los centros provinciales de drogodependencias ($\chi^2=9.20$, p<.01). Concretamente, existe menor frecuencia de contactos con estas organizaciones en el caso del perfil biomédico. En general, la frecuencia de

contacto con organizaciones externas ($\chi^2=9.73$, $p<.01$) es menor en el caso de este perfil de preparación comunitaria, mientras que es mayor para los perfiles técnico y comunitario.

Por otro lado, encontramos diferencias en cuanto a la distribución de frecuencias en indicadores relacionados con la atención y captación de usuarios (Tabla 17).

Tabla 17. Funcionamiento del centro de salud y perfiles de preparación comunitaria*

Funcionamiento del centro de salud	Perfil I*	Perfil II	Perfil III	χ^2 , p
Canales de comunicación con los usuarios	46.94	49.32	27.33	16.99, $p<.01$
Protocolos de captación activa de usuarios	41.81	47.85	32.81	6.71, $p<.05$
Funcionamiento general del centro de salud	43.39	49.96	31.18	10.42, $p<.01$

*Se indican en las casillas los rangos obtenidos en la prueba no paramétrica.

Los centros de salud que forman parte de contextos con perfil biomédico, disponen en menor medida de canales de comunicación efectivos con los usuarios del servicio y de protocolos para la captación activa de usuarios con necesidades de atención sociosanitaria. El funcionamiento general del centro de salud también se ve afectado por el perfil de preparación del contexto. Este indicador ha sido construido a partir del (a) nivel de formación de los profesionales para la atención de los usuarios, (b) la adecuada delimitación de las competencias y el rol de los profesionales, (c) la existencia de protocolos de captación activa de usuarios y (d) la flexibilidad en la atención a los usuarios desde el centro de salud. Como se observa, las puntuaciones obtenidas en este indicador son más bajas en el caso del perfil biomédico que en el caso de los otros dos perfiles.

Funcionamiento organizativo: tipos de contextos comunitarios y niveles de funcionamiento del centro de salud

Por otro lado, se realizó un análisis de conglomerados con los cuatro indicadores de funcionamiento organizativo mencionados, junto al sumatorio de programas sociosanitarios aplicados desde el centro de salud. Se obtuvieron tres conglomerados relacionados con dicho funcionamiento. Los resultados de este análisis se resumen en la tabla 18.

Tabla 18. Conglomerados y centros finales de funcionamiento del centro de salud

Dimensiones	F	Conglomerado 1	Conglomerado 2	Conglomerado 3
		Centros finales	Centros finales	Centros finales
Profesionales formados	16.98	6.13	3.09	5.93
Delimitación de competencias	41.74	6.63	2.59	7.43
Captación activa	15.34	5.34	2.50	5.79
Flexibilidad en la atención	19.07	7,53	4.59	4.21
Sumatorio de programas	26.52	6.26	4.45	2.21

El primer conglomerado hace referencia a aquellos centros de salud que mantienen un nivel de funcionamiento adecuado en la atención a los usuarios del mismo. Son centros en los que se aplican estrategias activas de captación de usuarios en función de necesidades sociosanitarias y en los que las actividades y programas implementados se ajustan a estas necesidades y características.

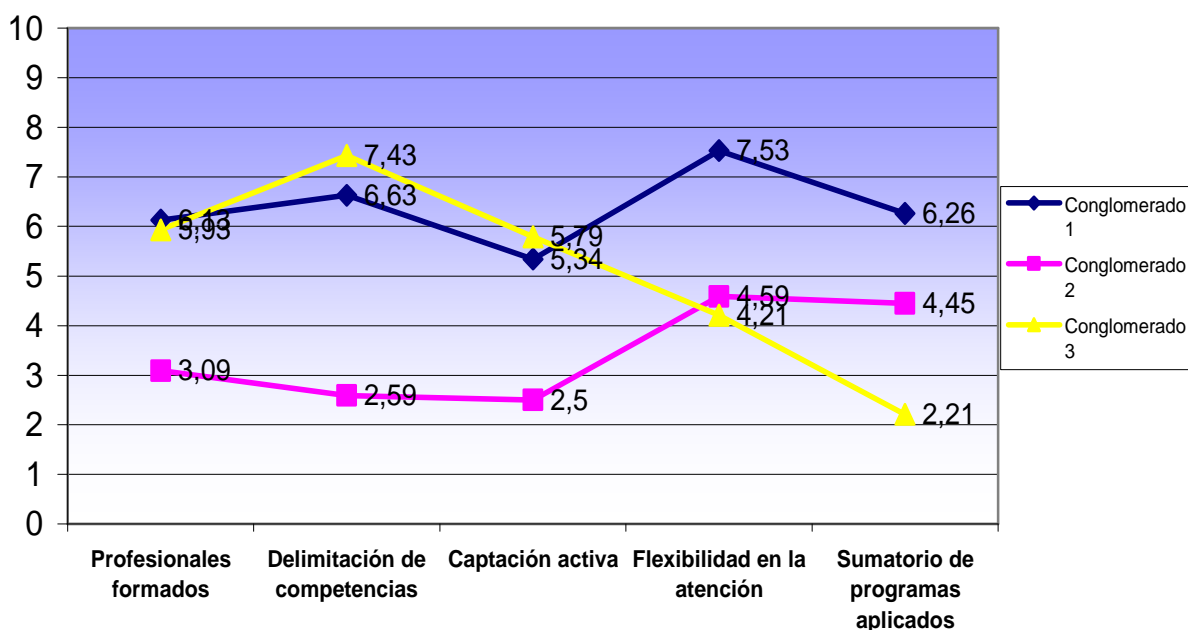
El segundo conglomerado se refiere a aquellos centros de salud en el que el funcionamiento es deficiente en cuanto a la atención sociosanitaria. No existen protocolos de captación de usuarios, y la intervención se limita a la atención

sanitaria en consulta. Por otro lado, son centros rígidos, en los que el funcionamiento no se adapta a los cambios en las condiciones comunitarias.

El tercer conglomerado se refiere a centros en los que los niveles de formación de los profesionales para la atención a los usuarios, de delimitación de competencias profesionales y de aplicación de estrategias de captación de usuarios, son similares a los del conglomerado 1. Sin embargo, son centros en los que no existe ajuste y flexibilidad en la intervención con la comunidad (con un nivel similar al segundo conglomerado) y en el que el número de programas sociosanitarios aplicados es el más bajo de los tres conglomerados.

En el gráfico 5 están representados los perfiles de cada uno de los conglomerados a partir de los centros finales para cada una de las variables.

Gráfico 5. Puntuaciones en variables por conglomerado



Las variables de flexibilidad en la atención a los usuarios y el sumatorio de

programas aplicados desde el centro de salud son las que tienen un mayor valor discriminante entre los tres conglomerados. Los conglomerados 1 y 2 muestran las puntuaciones máximas y mínimas en cada una de las cuatro variables tenidas en cuenta. Por ejemplo, los centros de salud incluidos en el conglomerado 1 muestran un buen funcionamiento organizativo relacionado con la atención sociosanitaria a los usuarios, con la delimitación de las competencias de cada profesional y con la búsqueda activa de necesidades de atención en el entorno comunitario. El conglomerado 3 tiene puntuaciones medias o altas (similares a las del conglomerado 1) en la formación de los profesionales sanitarios, en la delimitación de competencias entre los diferentes profesionales y en la existencia de protocolos de captación activa de usuarios. Por el contrario, tiene puntuaciones bajas en la flexibilidad existente en el centro para la atención al usuario y en el sumatorio de los programas aplicados desde el centro de salud.

A continuación comparamos la distribución de los conglomerados de funcionamiento del centro de salud con los tres perfiles de preparación comunitaria (Tabla 19).

Tabla 19. Comparación de perfiles de preparación comunitaria y niveles de funcionamiento organizativo*

Conglomerados de funcionamiento del centro	Perfiles de preparación comunitaria			χ^2 , p
	Perfil I (19)	Perfil II (28)	Perfil III (34)	
Conglomerado 1 (n=38)	23.7 % (0.8)	47.4 % (2.5)	29.8 % (-3.0)	9.72, p>.05
Conglomerado 2 (n=22)	18.2 % (-0.3)	18.2 % (-1.8)	63.6 % (3.0)	
Conglomerado 3 (n=14)	14.3 % (-0.6)	21.4 % (-1.1)	63.3 (1.5)	

* Entre paréntesis se indican los residuos corregidos.

Las diferencias en la distribución de las frecuencias de los conglomerados de funcionamiento del centro de salud en función de los perfiles de preparación comunitaria son significativas ($\chi^2=9.72$, $p<.05$). Los centros de salud pertenecientes al grupo con las puntuaciones más elevadas en cuanto al funcionamiento organizativo (conglomerado 1) se asocia con mayor frecuencia con los contextos con perfil comunitario, en los que la implicación de los profesionales del centro y el ajuste de las intervenciones a las características comunitarias son mejores. Además, es poco probable encontrar centros de salud con un perfil elevado de funcionamiento organizativo en contextos biomédicos de preparación para el cambio. Por el contrario, los centros de salud pertenecientes al conglomerado 2 (con las puntuaciones más bajas en cuanto a los indicadores de funcionamiento organizativo), se asocian en mayor medida con contextos de perfil biomédico, en los que existe una escasa movilización comunitaria, una escasa participación de los profesionales en su entorno y un bajo ajuste de las intervenciones a la comunidad. No se han encontrado diferencias en la distribución de los centros del tercer conglomerado de funcionamiento en función de los perfiles de preparación comunitaria.

Indicadores externos y preparación comunitaria para el cambio

Igualmente, encontramos algunas relaciones de interés entre las dimensiones y los perfiles de preparación para el cambio e indicadores sociodemográficos y de salud del contexto del centro de salud.

Por ejemplo, el porcentaje de centros educativos en la provincia que aplican el programa Forma Joven es diferente en función del perfil de preparación

comunitaria ($\chi^2=6.17$, $p<.05$) del contexto del centro de salud. El programa Forma Joven es una iniciativa de promoción de la salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud entre la población joven de Andalucía. Se trata de un programa intersectorial que se aplica principalmente en los centros escolares, y que implica a profesionales de los sectores educativo, sanitario y social (EASP, 2008). En este sentido, los contextos de perfil técnico-asistencial tienen mayor porcentaje de centros educativos con el programa Forma Joven que los contextos de perfil comunitario o biomédico.

Por otro lado, el número de habitantes de la localidad en la que se encuentra el centro de salud, se relaciona de forma negativa con el factor de participación e implicación de la comunidad en los programas de intervención ($r=-.284$, $p<.05$). Es decir, la implicación comunitaria tiende a ser menor en las zonas con mayor población (como las zonas urbanas) que aquellas menos pobladas (como las rurales).

Finalmente, el número de consultas individuales que tienen los trabajadores sociales por cada 1000 habitantes, se relaciona también de forma negativa con la implicación comunitaria del trabajador social ($r=-.271$, $p<.05$). Ello quiere decir que una mayor presencia de atención individual a usuarios va en detrimento de la intervención en el entorno comunitario por parte del trabajador social.

Discusión de resultados

Tres perfiles de preparación comunitaria

Los tres perfiles identificados permiten obtener una descripción precisa de los contextos evaluados, además de mantener una relación consistente con variables de funcionamiento organizativo y comunitario que permiten describir con mayor detalle cada uno de ellos. En las tablas 20, 21 y 22 se incluye la descripción de cada uno de los perfiles en función de la participación comunitaria, el ajuste comunitario y el funcionamiento organizativo del centro de salud.

Los contextos clasificados dentro de un *perfil comunitario* se caracterizan por una mayor preocupación por la adaptación de los programas a las características comunitarias y por una mayor implicación de los profesionales del centro de salud. En este caso, el ajuste comunitario se plantea como la necesidad de responder a los problemas y la baja participación existentes. Se trata de un contexto en el que se ha realizado un diagnóstico exhaustivo de las necesidades de salud de la población y se trata de diseñar e implementar programas que hagan frente a estas necesidades, contando con la participación de diferentes profesionales. La intervención planteada desde el centro de salud se produce como reacción a la escasa movilización y participación de otros miembros de la comunidad.

Tabla 20. Características del perfil comunitario de preparación comunitaria

Características comunitarias	Ajuste comunitario	Funcionamiento organizativo
Nivel medio de participación y movilización social. La implicación de los usuarios es ligeramente más baja que en el caso del perfil técnico-asistencial. Existen mayor frecuencia de problemas relacionados con la desintegración y la desorganización social y el consumo de drogas, que pueden requerir de una intervención desde los servicios públicos más centrada en la prevención y en la consideración de aspectos comunitarios y sociales, además de los sanitarios.	La configuración de los problemas y necesidades comunitarias determina el tipo de programas que se implementan. La evaluación de estas necesidades es sistemática y continuada. Si se eligen programas ya existentes, se revisan y se adaptan en función de las características de la población usuaria.	Al igual que en el contexto de perfil técnico-asistencial, se aplican desde los centros de salud una mayor variedad de programas sociosanitarios que en el contexto biomédico. Los canales de comunicación con el centro son usados con frecuencia por los usuarios. Se trata de un entorno organizativo que facilita la participación de los usuarios en su funcionamiento además de poner en marcha estrategias de captación de los usuarios y de ajuste de sus actuaciones a sus necesidades. La mejora de la accesibilidad y la adaptación a la población usuaria, son temas centrales en el funcionamiento de este tipo de centros

El *perfil técnico-asistencial* se relaciona con contextos movilizados, en los que existe una clara conciencia de los problemas existentes. En este caso, la implicación de los profesionales es igualmente elevada y se observa un elevado nivel de participación comunitaria, pero hay una falta de ajuste de las intervenciones a las características de la comunidad. Podemos decir que el rol de los profesionales se centra en el control del proceso de intervención y en el trabajo técnico en contextos estables y organizados.

Tabla 21. Características del perfil técnico-asistencial de preparación comunitaria

Características comunitarias	Ajuste comunitario	Funcionamiento organizativo
<p>Nivel medio-alto de participación comunitaria. A pesar del control profesional en el diseño e implementación de los programas, se cuenta con otros agentes comunitarios para el diseño de iniciativas sociosanitarias. Se trata de un contexto en el que existen menos problemas sociosanitarios (consumo de drogas, desintegración social o deficiencias sanitarias) que en los otros dos perfiles.</p> <p>Por otro lado, se trata de contextos comunitarios más activos en cuanto a la atención social y comunitaria de su población. Se aplican en mayor medida programas sociosanitarios y se mantiene un mayor nivel de atención a diferentes poblaciones. Por ejemplo, los contextos de este perfil tienen mayor porcentaje de centros educativos con el programa Forma Joven.</p>	<p>Se adoptan programas sociosanitarios estandarizados que se modifican en función de la participación de los usuarios y agentes comunitarios en su implementación, antes que en función de las necesidades y características poblacionales.</p> <p>En general, los profesionales no realizan el esfuerzo de adaptar la iniciativa al nuevo contexto de aplicación.</p>	<p>Se trata de centros de salud que ofrecen una atención de calidad al usuario, en los que existe una amplia oferta de programas sociosanitarios. Existen canales en el centro de salud para que el usuario pueda hacer llegar sus sugerencias, aportaciones o quejas a los profesionales.</p> <p>El nivel de captación de usuarios con necesidades es algo mayor que en los contextos biomédicos, aunque la eficiencia del funcionamiento del centro de salud se basa en patrones de actuación estandarizados y preestablecidos.</p> <p>Se trata de centros de salud orientados a los resultados, en los que prima la efectividad por encima del ajuste de las intervenciones.</p>

El tercer perfil, que hemos denominado *biomédico*, se relaciona con contextos en los que no existe implicación de otros profesionales del centro de salud, la comunidad no participa en la definición de los problemas sociales y no se realiza

el ajuste de las intervenciones. En este caso, la intervención en salud se asimila en mayor medida a un modelo en el que no hay iniciativas que incidan en los aspectos comunitarios de los problemas de salud, porque no existe conciencia de la existencia de estos problemas, ni profesionales dispuestos a liderar estas iniciativas. Tampoco existe un clima de movilización y cambio en el entorno comunitario. Se puede relacionar con la existencia de problemas de funcionamiento en los equipos de APS.

Tabla 22. Características del perfil biomédico de preparación comunitaria

Características comunitarias	Ajuste comunitario	Funcionamiento organizativo
<p>Nivel bajo de participación comunitaria. Los usuarios del centro de salud y otros agentes comunitarios no participan en el diseño e implementación de los programas de salud. Se trata de un contexto con mayores deficiencias higiénico-sanitarias, en el que la intervención sanitaria asistencialista puede resultar efectiva en fases iniciales.</p> <p>Además, es menos probable que los agentes y organizaciones sociales apliquen programas de intervención social en salud a diferentes poblaciones en este tipo de contextos.</p>	<p>En el caso de que se aplique algún programa desde el centro de salud, no se tienen en cuenta las características comunitarias. No se ha llevado a cabo una evaluación sistemática de necesidades de la población y los objetivos de los programas están definidos por los profesionales.</p>	<p>La atención sanitaria se centra en la recepción de usuarios en consulta y en el tratamiento exclusivamente asistencial. Por otro lado, el centro de salud mantiene una baja frecuencia de contactos con organizaciones externas, en comparación con los centros de los otros dos contextos.</p> <p>En general, los centros de salud que están en este tipo de contextos están menos abiertos a su entorno social. Su funcionamiento está menos orientado a la participación del usuario. De hecho, apenas existen canales efectivos en el centro de salud que faciliten la comunicación con los usuarios.</p>

Aspectos metodológicos del estudio

El modelo de preparación comunitaria propuesto por Oetting et al. (1995) hace referencia a la preparación para el cambio en un problema, una necesidad o un tema específico en un contexto comunitario determinado. En nuestro caso hemos evaluado dimensiones no orientadas hacia el problema, similares a las utilizadas por otros autores para describir la preparación para el cambio en un entorno comunitario. Se trata de cuestiones generales como la participación comunitaria, la implicación de los profesionales de salud o el ajuste comunitario de los programas implementados. Como hemos apuntado, se han diferenciado las capacidades generales de la comunidad para la implementación de iniciativas de las capacidades concretas para la implementación de innovaciones específicas (Greenhalgh et al., 2004; Livet & Wandersman, 2005; Flaspohler et al., 2008). En nuestro caso, hemos tratado de evaluar aspectos generales de la capacidad y la preparación comunitarias, comparables en diferentes contextos.

En segundo lugar, hemos establecido perfiles de preparación comunitaria, en lugar de la evaluación de los entornos comunitarios en niveles relativamente homogéneos de preparación para el cambio. En este sentido, cabe destacar que el concepto de preparación comunitaria para el cambio incluye un componente dinámico y de predisposición que no se ajusta a una descripción estática y centrada únicamente en la agregación de un conjunto de características comunitarias. La evolución y el cambio comunitario no son homogéneos en el tiempo, ni responden claramente a una clasificación en etapas o niveles de

preparación. En nuestro caso, consideramos que una clasificación en perfiles, se adecua más a la heterogeneidad y variabilidad de los contextos comunitarios.

Tabla 23. Comparación de procedimientos de evaluación de la preparación comunitaria

Modelo de Preparación Comunitaria para el cambio (Oetting et al., 1995)	Tipología de contextos comunitarios de preparación para el cambio
Orientada hacia el contexto	Diferentes contextos
Diferentes ámbitos de los informantes clave	Mismo ámbito informantes clave
Orientada hacia el problema	No orientada hacia el problema
Niveles de preparación	Tipos de contextos
Liderazgo, Recursos, Iniciativas, Conocimiento del problema, Conocimiento de las iniciativas, Clima Comunitario	Ajuste comunitario de los programas, Participación comunitaria, Implicación de los profesionales, Implicación de los informantes clave

Contingencia entre el contexto comunitario y la intervención sociosanitaria

En definitiva, podemos decir que mientras que en el contexto de perfil biomédico, la atención a la población es asistencialista y centrada en ofrecer recursos generales e intervenciones biosanitarias, en los perfiles técnico-asistencial y comunitario, la intervención con los usuarios está guiada por principios de eficacia, ajuste comunitario y mejora de la accesibilidad. En el caso del contexto de perfil técnico-asistencial, el control profesional del proceso de intervención y los estándares de calidad aparecen en un entorno comunitario bien organizado con un bajo nivel de complejidad de los problemas sociales. Ello permite un control adecuado del proceso de intervención por parte de las organizaciones sociales. En cuanto al contexto comunitario, un mayor nivel de desorganización social hace necesarias iniciativas menos centradas en los resultados y más atentas al propio

proceso de intervención. El ajuste a las necesidades y características poblacionales, junto a la participación de los usuarios en el funcionamiento de los servicios, facilita la aceptación de los programas y las actividades puestas en marcha y la mejora en la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario (Gil-Lacruz & Brunstein, 2009).

Por otro lado, estos perfiles mantienen algunas similitudes y diferencias con los niveles establecidos por Oetting et al. (1995). Por ejemplo, los primeros niveles pueden asimilarse al perfil biomédico. De hecho, en estos niveles iniciales no se ha realizado evaluación de necesidades, no se cuenta con profesionales y líderes implicados y hay una falta de participación comunitaria. Las diferencias se observan en la evolución de los niveles y los perfiles. Mientras que los niveles describen un aumento progresivo de la preparación para el cambio de la comunidad, a través de la mejora en los indicadores de las dimensiones evaluadas, en el caso de los perfiles, se observan puntos fuertes y débiles. Por ejemplo, el perfil de orientación técnico-asistencial, que se podría relacionar con los niveles intermedios de preparación comunitaria muestra una alta participación de otros miembros de la comunidad, mientras que en los niveles mencionados, la participación de la comunidad en las iniciativas existentes es relativamente escasa.

También podemos centrarnos en la relación entre los perfiles encontrados. Podemos diferenciar dos grupos generales de contextos. Un primer grupo lo integrarían los contextos de perfil biomédico, cuyo centro aparece más distante a los de los otros dos grupos en el análisis de conglomerados. Son contextos en los que la figura del trabajador social y el carácter comunitario de las iniciativas en

salud parecen haberse diluido en dicho modelo biomédico. Un segundo grupo sería el compuesto por los perfiles comunitario y técnico-asistencial, cuyos centros aparecen más cercanos entre sí en el análisis de conglomerados. Se trata de contextos en los que los profesionales mantienen una actitud proactiva y participativa hacia la comunidad. Por otro lado, en estos dos grupos parece haber una contingencia entre el nivel de participación de la comunidad y el nivel de ajuste de las iniciativas puestas en marcha desde el centro de salud. Es decir, una mayor implicación de los miembros de la comunidad en estas iniciativas, parece que hace menos relevante su ajuste comunitario, mientras que la evaluación de las necesidades de la comunidad y el ajuste a sus características se convierten en prioritarios en contextos de baja implicación social.

En el discurso habitual de los trabajadores sociales en APS, se apunta a la relativa ausencia de estrategias de intervención comunitaria en el desarrollo de su rol dentro del equipo de salud. Sin embargo, en los resultados hemos observado que la asimilación de estos profesionales al modelo biomédico se produce en el 41.98 por ciento de los trabajadores sociales entrevistados. En el restante 58.02 por ciento, se adopta una perspectiva psicosocial en la intervención desde el centro de salud. La actuación sociosanitaria en APS es contingente al nivel de preparación del contexto comunitario. En contextos organizados y estables, predomina una intervención de carácter técnico. Mientras que en contextos problemáticos y de baja participación, es más frecuente una intervención de carácter comunitario, centrada en los procesos de movilización e implicación social.

Finalmente, cabe apuntar que nuestro estudio incluye la elaboración de un instrumento y su utilización para la evaluación de un concepto complejo como la preparación comunitaria para el cambio social. No se ha pretendido una evaluación exhaustiva del instrumento, pese a que los análisis realizados apoyan de forma suficiente la validez y la fiabilidad del mismo. No obstante, en futuros estudios se podría plantear un análisis psicométrico detallado del dicho instrumento.

Por otro lado, aunque podemos considerar suficiente la muestra utilizada en el estudio, sería de interés mejorar la representatividad de la misma y por otro lado, incluir informantes clave de un perfil diferente al de los trabajadores sociales (por ejemplo, otros miembros de los equipos de salud u otros agentes comunitarios).

Sería de utilidad proponer también no solo una evaluación del concepto sino una comprobación de su validez como predictor de la efectividad de la intervención. A este respecto, puede ser de interés la utilización de estrategias de análisis multinivel, comparando la aplicación de tratamientos o programas similares en diferentes contextos y ámbitos comunitarios. Todo ello puede contribuir a una visión más dinámica e interactiva de los procesos de intervención social.

CAPÍTULO V. EL CONTEXTO ORGANIZATIVO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA

El funcionamiento organizativo influye de forma decisiva en la efectividad de los programas que se aplican en el contexto comunitario. Por ejemplo, Riley, Taylor & Elliot (2003) evaluaron la capacidad organizativa en el proceso de implementación de programas de promoción de salud cardiovascular en Canadá. Encontraron un conjunto de factores que influían en la capacidad para implementar los procesos de cambio. Estos elementos podían ser externos, como la colaboración, la coordinación entre organizaciones o la aportación de recursos e internos, como los recursos humanos y económicos, el liderazgo o la estructura y los procesos organizativos. Por otro lado, también los factores institucionales, como la implicación de las agencias sanitarias y otras organizaciones sociales, el desarrollo de políticas públicas de salud y la creación de carteras de servicios sociales y sanitarios, influyen en la implementación de programas de promoción de la salud (Riley et al., 2003; Weinert & Mann, 2008). Por ejemplo, Peterson & Speer (2000), en un estudio con tres organizaciones comunitarias de EE.UU., encontraron que las relaciones positivas entre los factores organizativos y la

potenciación de los miembros de la organización, facilitaban su efectividad y su capacidad de influencia y, en último término, el cambio social.

Por otro lado, el propio concepto de preparación organizativa para el cambio, descrito en el capítulo II, contiene aspectos que relacionan el contexto organizativo, el contexto comunitario y la implementación de procesos de cambio. De hecho, la preparación organizativa es un antecedente importante en el éxito de la implementación de innovaciones en contextos de atención en salud (Armenakis et al., 1993; Chilenski et al., 2007; Weiner et al., 2008; Weiner, 2009). Por ejemplo, Chilenski et al. (2007) incluyen factores organizativos y comunitarios en la evaluación de la preparación para el cambio. Estos autores entienden la implementación de programas y la intervención comunitaria como un proceso en el que la participación, las redes intra e interorganizativas y la colaboración son elementos fundamentales para garantizar su efectividad.

Feinberg y otros autores (Feinberg, Chilenski, Greenberg, Spoth & Redmon, 2007; Greenberg, Feinberg, Chilenski, Spoth & Redmon, 2007) describieron los factores que influyen en la efectividad y el funcionamiento de los equipos o coaliciones comunitarias de prevención. Para estos autores, existen factores a nivel grupal y organizativo, a nivel comunitario y a nivel individual que pueden determinar la efectividad de la implementación de programas comunitarios. En el caso de los factores organizativos y grupales, destacan el funcionamiento de los equipos de trabajo y el liderazgo, la cohesión grupal, el clima organizativo o la participación en objetivos comunes.

Como hemos visto, el papel de los equipos de salud en los servicios de APS es fundamental en la intervención sociosanitaria con la población. En este caso, el clima organizativo y la integración en la dinámica de funcionamiento de las organizaciones de APS pueden influir en la efectividad de las actividades profesionales del equipo, en el adecuado desempeño del rol de sus miembros y en la implementación de innovaciones y procesos de cambio. Por ejemplo, King, de Chermont, West, Dawson & Hebl (2007) aplicaron una escala de evaluación del clima y la eficacia en la organización a una muestra de profesionales sanitarios. Encontraron que un mejor clima para la innovación tiene un impacto positivo sobre las demandas de trabajo, mejorando de esta forma los resultados organizativos.

El clima y la relación entre los miembros del equipo de salud influyen por tanto en la satisfacción de los usuarios y en el adecuado desempeño de los profesionales. Disponer en los equipos de trabajo y en el contexto organizativo de (a) estrategias de toma de decisiones compartidas, de (b) iniciativas de apoyo a la actividad profesional y de (c) objetivos organizativos claros y definidos, puede ayudar a mejorar la efectividad de las organizaciones de salud (Proudfoot et al., 2007). Por ejemplo, West & Wallace (1991) encontraron que la adopción de innovaciones por parte de los equipos de salud, se relacionaba con la percepción del clima para la innovación, con el compromiso con los objetivos comunes y con la colaboración entre los miembros de los equipos. Por otro lado, West, Borril, Dawson, Brodbeck, Shapiro & Haward (2003) estudiaron la efectividad de una muestras de equipos de salud de diferentes ámbitos (APS y salud mental entre otros). Encontraron que esta se relaciona directamente con la claridad de los

objetivos de intervención, los niveles de participación y colaboración y el apoyo a la innovación de sus miembros.

La diversidad de roles y de perspectivas profesionales que existen en los equipos de APS, aportan también una mayor complejidad a los procesos de colaboración y a la intervención en salud, lo que puede afectar a su funcionamiento (Alexander, Lichtenstein & D'Aunno, 1996). Por ello, es necesaria una distribución adecuada de los roles, que permita la complementariedad de funciones junto al intercambio de recursos (Borrill, Carletta, Carter, Dawson, Garrod, Rees et al. 2000). El papel complementario que puedan ejercer los médicos, los enfermeros, los trabajadores sociales, etcétera, determinará en parte el tipo de intervención sociosanitaria que se plantee desde el centro de salud. En este sentido, Peiró, González-Romá, Tordera & Mañas (2001), estudiaron los efectos de la sobrecarga, la ambigüedad y el conflicto de rol sobre el *burnout* en un grupo de equipos profesionales de APS y salud mental.

En el contexto de los equipos de salud, también hay que tener en cuenta las expectativas de rol respecto a otros profesionales. Los roles profesionales se negocian en el contexto organizativo a partir de las definiciones personales y las expectativas externas (Navarro, Peiró & Luque, 1989). La atribución y las expectativas de rol influyen en el desempeño profesional y en la percepción de las demandas y las oportunidades del contexto organizativo. De hecho, Leipzig et al. (2002) apuntan que la claridad y el ajuste de las expectativas de rol son, entre otros, dos elementos importantes para la efectividad de los equipos multidisciplinares de salud. En este sentido, la colaboración y el trabajo conjunto

permiten clarificar y delimitar los roles profesionales, aunque el apoyo y comprensión sea más fácil de obtener por parte de los profesionales que comparten una misma visión de los problemas (Borril et al., 2000).

Otro elemento importante dentro de los equipos de trabajo, es el sentido de pertenencia al contexto organizativo de cada uno de sus miembros. Por ejemplo, Hughey, Peterson, Lowe & Oprescu (2008) evaluaron el sentido de comunidad en la organización como un componente de la potenciación organizativa en un grupo de servicios de salud. Encontraron que el sentido de pertenencia en las organizaciones evaluadas, era un componente facilitador de (a) la delimitación y la flexibilidad de los roles profesionales, de (b) la creación de un liderazgo efectivo, de (c) el apoyo social entre los miembros de la organización y de (d) la confianza mutua en los grupos de trabajo

En resumen, el funcionamiento del centro de salud y las dinámicas de relación en los equipos de APS, influyen en el rol que desempeña el trabajador social en este contexto. De este modo, en el presente estudio proponemos la evaluación de los factores organizativos en el centro de salud y su relación con el rol y la práctica profesional del trabajador social y otros profesionales.

Objetivos

El objetivo general del presente estudio consiste en explorar la relación entre la práctica profesional de los trabajadores sociales de APS y los factores organizativos de los centros de salud.

De este objetivo general, se derivan los siguientes objetivos específicos:

1. Describir el rol del trabajador social en APS, determinando las competencias y las funciones profesionales desarrolladas, la distribución temporal de las actividades y la relación con otros profesionales del centro de salud.
2. Determinar los factores organizativos que influyen en el desarrollo del rol del trabajador social en el centro de salud: los recursos disponibles, la ubicación del centro de salud y las expectativas de rol de otros profesionales del centro.
3. Describir el clima organizativo relacionado con la innovación, las demandas laborales y el sentido de pertenencia de los trabajadores sociales y otros profesionales de los centros de APS.
4. Establecer la relación entre los factores individuales y organizativos en la intervención comunitaria en salud y la implementación de programas de atención sociosanitaria por parte del trabajador social desde el centro de APS.

Metodología

Participantes

Para realizar el presente estudio, se llevó a cabo un muestreo intencional por cuotas, eligiendo un conjunto de 40 centros de APS en Andalucía. Se seleccionó el centro de salud como unidad de análisis a partir de la cual obtener la información de los indicadores seleccionados. En cada centro se eligieron dos informantes clave: (a) por una parte, el trabajador social del centro de salud, con

el que mantuvo una entrevista de unos 60 minutos de duración mediante la aplicación de un cuestionario y (b) por otro lado, se entrevistó a otro profesional mediante el abordaje y la evaluación dentro del mismo centro de salud, una vez finalizada la entrevista con el trabajador social. En este último caso, la entrevista tenía una duración aproximada de 20 minutos. En total se seleccionaron 80 informantes clave en 40 centros de salud. Junto a ello, se realizó la observación del entorno de trabajo de los profesionales entrevistados a partir de la descripción general del centro, la zona o el entorno de ubicación o la relación del trabajador con otros profesionales durante el tiempo de entrevista. Las entrevistas se realizaron entre septiembre y noviembre de 2008.

La distribución de los centros seleccionados por provincias se muestra en la tabla 24.

Tabla 24. Distribución de trabajadores sociales por provincias

Provincias	F	%
Almería	4	10
Cádiz	5	12.5
Córdoba	4	10
Granada	5	12.5
Huelva	4	10
Jaén	4	10
Málaga	7	17.5
Sevilla	7	17.5
TOTAL	40	100

Las provincias con mayor representación fueron Sevilla y Málaga, con 7 centros, seguidas de Cádiz y Granada, con 5 centros. En el resto de provincia se realizaron

4 visitas a centros de salud. Esta distribución coincide con la distribución de la población y el número de centros de salud en cada una de estas provincias.

Los centros de salud seleccionados pertenecían en su mayoría a zonas urbanas (84.2 por ciento). Por otro lado, un 48.7 por ciento de los centros, se encontraban en zonas calificadas con necesidades de transformación social (ZNTS).

En el caso de los trabajadores sociales entrevistados, un 87.5 por ciento eran mujeres, tenían una edad media de 45.41 años y llevaban 8.74 años en el centro de salud. En cuanto a los otros profesionales entrevistados, un 88.9 por ciento eran mujeres, con una media de edad de 44.13 años y 8.59 de estancia en el centro de salud. No existen diferencias significativas entre el grupo de trabajadores sociales y el grupo de profesionales entrevistados en los centros en cuanto a la distribución por sexo ($t=-0.142$, $p=.409$), la edad media ($t=-0.033$, $p=.847$) y el tiempo de trabajo en el centro de salud ($t=0.113$, $p=.501$).

Finalmente, en cuanto a la ocupación de los profesionales entrevistados en el centro de salud además de los 40 trabajadores sociales, la distribución se muestra en la tabla 25.

Tabla 25. Ocupación de los informantes clave entrevistados

Ocupación	F	%
Auxiliar de clínica/Celador	13	32.5
Personal de administración	10	25
Enfermera	8	20
Médico	7	17.5
Matrona	1	2.5
Otro trabajador social	1	2.5
TOTAL	40	100.0

Más de la mitad de los entrevistados fueron o auxiliares de clínica y celadores (32.5 por ciento) o personal de administración (25 por ciento), seguidos por los enfermeros (20 por ciento) y los médicos (17.5 por ciento).

Instrumentos

Para la obtención de la información en las visitas a los centros de salud se siguió una estrategia metodológica combinada de observación del centro de salud y de aplicación de escalas de evaluación de los siguientes indicadores:

- Recursos existentes en el centro de salud para la atención adecuada a los usuarios y para la realización de las actividades profesionales del trabajador social (recursos materiales, personales y organizativos, necesidades formativas o dispersión geográfica).
- Actividades profesionales y competencias del trabajador social en el centro de salud: distribución del tiempo de trabajo en el centro, presencia de actividades, competencias y funciones profesionales en el desarrollo profesional del trabajador social: atención sociosanitaria directa e individualizada, coordinación sociosanitaria, promoción de la salud y participación social.
- Clima organizativo en el centro de salud: sentido de pertenencia al centro de salud, clima para la innovación y demandas laborales para el trabajador social y otros profesionales del centro.
- Expectativas de rol de otros profesionales respecto a los trabajadores sociales.

El sentido de pertenencia al centro de salud por parte de los trabajadores sociales entrevistados, se evaluó mediante la adaptación de la escala de sentido de comunidad de McMillan y Chavis (1986), que incluye los cuatro componentes específicos señalados por estos autores: pertenencia, influencia, conexión emocional compartida e integración y satisfacción de necesidades.

Por otro lado, el clima para la innovación y las demandas laborales del centro de salud se evaluaron mediante la traducción y adaptación de la escala propuesta por King et al. (2007) y que originalmente también se aplicó a la evaluación de estos indicadores en contextos de servicios de salud.

En la entrevista con los trabajadores sociales y los demás profesionales, se recogió información tanto cuantitativa como cualitativa de los indicadores mencionados, que combinándolas con la observación general del centro de salud y su entorno comunitario, proporcionaron una descripción detallada de las condiciones profesionales del trabajador social y del funcionamiento organizativo general del centro de salud.

Para el análisis de la información cuantitativa se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0.

Resultados

Aspectos organizativos en el centro de salud

Se evaluó la presencia en el centro de salud de los recursos necesarios para el adecuado desarrollo de las funciones y el rol profesional del trabajador social. Por otro lado, se les preguntó a todos los informantes clave (trabajadores sociales y

otros profesionales) acerca del clima para la innovación y las demandas laborales existentes en el centro.

Recursos materiales y organizativos

La mayoría de los entrevistados apuntaron que las necesidades existentes en su contexto de trabajo son fundamentalmente de carácter organizativo o material, por delante de las necesidades personales o formativas. En muchos casos, se apunta a la falta de recursos como uno de los motivos principales para no poder cumplir los objetivos profesionales en el contexto de trabajo.

En la tabla 26 se resumen los recursos materiales disponibles en el centro de salud por parte de los trabajadores sociales.

Tabla 26. Recursos materiales disponibles en el centro de salud

Recursos	F	%
Ordenador propio	30	75
Despacho propio	26	65
Acceso a Internet	13	32.5
Línea telefónica propia	37	92.5
Correo corporativo	19	47.5
Acceso a bases de datos de SAS	38	95
Acceso a bases de datos científicas	17	42.5
Soporte documental informatizado	37	92.5
Soporte documental físico	31	77.5
Espacio propio para documentación de trabajo	30	76.9

Como vemos, la mayoría de los entrevistados disponen de línea telefónica propia (92.5 por ciento), soporte documental informatizado (92.5 por ciento) y acceso a las bases de datos del SAS (95 por ciento). Los recursos disponibles con menor

frecuencia tienen relación fundamentalmente con las nuevas tecnologías como el acceso a Internet (32.5 por ciento), a bases de datos científicas (42.5 por ciento) o al correo electrónico corporativo (47.5 por ciento).

Otro aspecto fundamental de las condiciones de trabajo es la asignación a los centros de salud de los trabajadores sociales. El 45 por ciento de los entrevistados trabajan en un solo núcleo poblacional y un solo centro de salud, mientras que un 42.5 por ciento trabaja en varios centros diferentes. El 12.5 por ciento trabaja en varios núcleos poblacionales dependientes de un solo centro de salud.

Necesidades formativas

Evaluamos también diversos indicadores relacionados con las necesidades formativas de los trabajadores sociales (tabla 27).

Tabla 27. Necesidades formativas de los trabajadores sociales*

Necesidades formativas	M	DT	Muchas (%)
Formación sanitaria	1.15	0.63	28.2
Modelos y herramientas en contextos sanitarios	1.45	0.60	50.0
Programas y protocolos de atención primaria	1.45	0.64	52.5
Estrategias de promoción de la salud	1.49	0.60	53.8
Instrumentos de recogida de datos en la comunidad	1.49	0.60	53.8
Procedimientos administrativos y legales en salud	1.42	0.59	47.5
Nuevas tecnologías	1.50	0.65	57.9
Información y manejo de bases de datos	1.53	0.56	55.3
Publicaciones científicas y fuentes de investigación	1.39	0.64	39.5
Coordinación y dinámica de grupos de trabajo	1.5	0.51	50.0

*Escala utilizada de 0 a 2 en función de las necesidades formativas en cada uno de los ámbitos.

Las medias de casi todos los ítems están en torno a 1.5. Los trabajadores sociales perciben menos necesidades de formación en temas sanitarios (1.15 de media y un 28.2 por ciento de los entrevistados con muchas necesidades en este indicador) y en el manejo de publicaciones científicas y fuentes de investigación (1.39 de media y 39.5 por ciento con muchas necesidades en el indicador).

Demandas laborales y clima para la innovación en el centro de salud

Para evaluar la percepción de las demandas del trabajo y el clima de innovación existentes en el centro se aplicó la escala de King et al. (2007) tanto a los trabajadores sociales como a los demás profesionales entrevistados. Los resultados para la subescala de demandas percibidas en el contexto de trabajo se muestran en la tabla 28.

Tabla 28. Demandas percibidas del contexto de trabajo*

Demandas en el trabajo	Trabajador social		Otro profesional		Comparación	
	M	DT	M	DT	t	Sig (bilateral)
Falta de tiempo para el trabajo	2.82	1.17	2.80	1.01	0.10	.923
Incapacidad para atender las demandas	2.82	1.10	2.77	0.93	0.23	.820
Incapacidad para cumplir objetivos	2.63	0.97	2.26	1.08	1.77	.085
Falta de recursos personales	2.61	1.18	2.89	1.06	-1.00	.324
Falta de equipamiento	2.46	1.07	2.18	1.12	1.08	.289
Ausencia de buenas prácticas	2.58	1.00	2.45	0.95	0.61	.548
Encargo de tareas triviales	1.92	1.18	2.31	1.22	-1.57	.125
Media Demandas	2.56	0.60	2.50	0.67	0.440	.662

*Escala utilizada de 0 a 4 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

Las puntuaciones son relativamente altas tanto para los trabajadores sociales como para los demás profesionales entrevistados. Las puntuaciones más altas en el caso de los trabajadores sociales corresponden a la falta de tiempo para llevar a cabo el trabajo ($M=2.82$) y la incapacidad para responder a todas las demandas que surgen en el tiempo de trabajo ($M=2.82$), mientras que la más baja corresponde a la realización de tareas triviales que impiden la realización de las funciones asignadas a su rol profesional ($M=1.92$). En el caso de los otros profesionales entrevistados, las medias más altas corresponden también a los dos primeros ítems de la escala (2.80 y 2.77 de media respectivamente), junto a la falta de recursos personales ($M=2.89$).

En este caso, no se observan diferencias significativas entre los trabajadores sociales y el resto de profesionales entrevistados respecto a las demandas percibidas para la realización de las actividades profesionales y para el cumplimiento de los objetivos profesionales.

Respecto a la subescala de clima para la innovación, los resultados se resumen en la tabla 29. En el caso de los trabajadores sociales, se perciben mayores oportunidades de innovación en la mejora de los servicios de atención a los usuarios ($M=2.62$) y en el respeto a las sugerencias de los usuarios ($M=2.56$), mientras que es menor en la utilización del tiempo necesario para el desarrollo adecuado de los servicios.

En el caso de los demás profesionales entrevistados, las medias se sitúan en torno a 3. Las medias más elevadas se observan en el respeto a las sugerencias de los usuarios ($M=3.18$) y en el desarrollo de la mejora continua de los servicios

(M=3.13). La media más baja, al igual que en el caso de los trabajadores sociales, corresponde a la utilización del tiempo necesario para el desarrollo de los servicios (M=2.33).

Tabla 29. Clima para la innovación en el contexto de trabajo*

Clima para la innovación	Trabajador social		Otro profesional		Comparación	
	M	DT	M	DT	t	Sig (bilateral)
Mejora de los servicios de atención	2.62	0.75	3.13	0.95	-2.91	.006
Desarrollo de nuevos servicios de atención	2.33	0.84	3.00	0.86	-4.13	.000
Uso del feedback de usuarios	2.05	0.86	2.82	0.99	-3.52	.001
Tiempo para el desarrollo de servicios	1.90	0.75	2.33	0.93	-2.54	.015
Cooperación en nuevas ideas	2.13	0.73	2.97	0.99	-4.39	.000
Respeto a sugerencias de usuarios	2.56	0.79	3.18	0.79	-4.11	.000
Captación activa de sugerencias	2.38	0.85	3.00	0.95	-3.88	.000
Apoyo práctico a nuevas ideas	2.26	0.75	2.72	0.99	-2.52	.016
Iniciativas para tomar en cuenta a usuarios	2.13	0.86	2.82	0.89	-4.10	.000
Media Clima para innovación	2.26	0.60	2.89	0.65	-5.46	.000

* Escala utilizada de 0 a 4 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

En este caso, sí son significativas las diferencias existentes entre la percepción del clima para la innovación en el centro de salud por parte de los trabajadores sociales y por parte del resto de profesionales entrevistados en el centro de salud. Estos últimos perciben, en general, un mejor clima para la innovación en el centro que los trabajadores sociales ($t=-5.46$, $p<.001$).

En resumen, los resultados muestran que las demandas percibidas por los profesionales entrevistados en el centro de salud son elevadas en general. Estas demandas tienen que ver fundamentalmente con la falta de tiempo para poder cumplir con las funciones y objetivos profesionales y con la falta de recursos. Por

otro lado, los resultados son estadísticamente similares para los trabajadores sociales y el resto de profesionales entrevistados. En el caso de la subescala de clima para la innovación las diferencias sí son significativas. En general, los entrevistados parecen encontrar mayores necesidades en la disponibilidad de tiempo para el desarrollo adecuado de los servicios de atención al usuario.

Rol profesional del trabajador social

Respecto al rol del trabajador social en el centro de salud, se evaluaron cuatro ámbitos fundamentales relacionados con las funciones normativas y las competencias profesionales en APS:

- a. *Captación del usuario.* Este área está relacionada con las estrategias puestas en marcha para la detección de necesidades entre la población que impliquen una estrategia proactiva en la captación de usuarios hacia el centro de salud o bien con la atención a demanda el usuario.
- b. *Funciones de la atención individualizada.* En este ámbito se incluye la prestación de una atención individualizada de carácter sociosanitario. Además se relaciona con la incorporación de estrategias de evaluación de necesidades, la potenciación de recursos personales y la mediación comunitaria en el ámbito individual.
- c. *Coordinación sociosanitaria.* Se refiere a la colaboración con otras instituciones y profesionales del entorno comunitario en la intervención con la población.

- d. *Promoción de la salud.* Este último ámbito incluye indicadores relacionados con las actividades de intervención social en salud y con la inclusión de los factores comunitarios en la atención sociosanitaria a los usuarios del centro de salud.

En la tabla 30, podemos observar los resultados obtenidos en el caso de la captación de usuarios desde el centro de salud:

Tabla 30. Funciones de captación de usuarios*

Captación de usuarios	M	DT
Atención a demanda	2.55	0.60
Captación en función del riesgo	2.02	0.80
Derivación por otros profesionales del centro de salud	2.15	0.77
Intervención conjunta con otros profesionales	2.17	0.71
Derivación por otros profesionales de la comunidad	1.95	0.81
Atención socio-sanitaria en domicilio	2.32	0.73
Total	2.19	0.74

*Escala utilizada de 0 a 3 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

La media más alta corresponde a la atención a demanda del usuario (M=2.55) mientras que la más baja es para la derivación por otros profesionales del entorno comunitario (M=1.95). Los resultados muestran que la atención a demanda del usuario en la consulta es más frecuente que la captación en función del riesgo ($t=3.92$, $p<.01$) y que la atención sociosanitaria en el domicilio ($t=2.04$, $p<.05$). Por otro lado, no existen diferencias significativas entre la frecuencia de derivación de los usuarios desde otros profesionales del centro o la derivación por otros profesionales del entorno comunitario ($t=1.43$, $p=.160$).

En cuanto a las funciones de atención individualizada, los resultados se resumen en la tabla 31.

Tabla 31. Funciones de atención individualizada*

Atención individualizada	M	DT
Estudio de factores sociales y problemas	2.47	0.68
Potenciación y movilización de personas	2.67	0.57
Información a usuarios sobre servicios y recursos	2.90	0.30
Canalización a grupos de autoayuda	2.15	0.89
Mediación en conflictos usuario-entorno	2.33	0.70
Total	2.50	0.63

*Escala utilizada de 0 a 3 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

Dentro de la atención individualizada, destacan la información a usuarios sobre servicios y recursos (M=2.90), además de la potenciación y movilización de recursos personales (M=2.67) y el estudio de factores y problemas sociales que afecten al individuo (M=2.47). De hecho, la función de proporcionar información sobre recursos al usuario es significativamente más frecuente que el resto de funciones de atención individualizada.

En tercer lugar, los resultados de las funciones de coordinación sociosanitaria se muestran en la tabla 32.

Tabla 32. Funciones de coordinación sociosanitaria*

Coordinación sociosanitaria	M	DT
Coordinación intra o interinstitucional	2.60	0.67
Grupos de coordinación interprofesionales	1.90	0.95
Conocimiento y análisis de redes de recursos	2.65	0.58
Elaboración de inventarios de recursos	2.27	0.85
Total	2.36	0.76

*Escala utilizada de 0 a 3 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

Los trabajadores sociales entrevistados conocen y analizan adecuadamente las redes de recursos en su zona de salud (M=2.65). Además, se coordinan con recursos internos y externos al centro de salud implicados en la atención a los usuarios (M=2.60). Por el contrario, la participación en grupos estables de coordinación interprofesionales para la atención sociosanitaria a los usuarios (M=1.90) es significativamente más baja que el resto de funciones de coordinación.

Finalmente, en cuanto al área de promoción de la salud y participación social, los resultados se muestran en la tabla 33.

Tabla 33. Funciones de promoción de la salud y participación social*

Promoción de la salud	M	DT
Estudio de factores sociales relacionados con la salud	1.45	1.06
Contactos con asociaciones y organizaciones comunitarias	2.50	0.68
Diagnóstico de la incidencia de problemas sociales	1.65	0.89
Participación en programas de promoción de la salud	1.97	0.86
Total	1.89	0.87

*Escala utilizada de 0 a 3 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

La media de la función de comunicación y los contactos con organizaciones comunitarias ($M=2.50$) es significativamente más alta que la de la realización de estudios sociales de la salud ($t=-6.56$, $p<.01$), el diagnóstico de problemas en la comunidad ($t=4.79$, $p<.01$) y la participación en programas de promoción ($t=-2.06$, $p<.05$).

En cuanto a las medias en cada una de las cuatro áreas, podemos observar que la media más baja corresponde precisamente al área de promoción de la salud ($M=1.89$). La media en este área es significativamente menor que la de las áreas de coordinación sociosanitaria ($t=4.79$, $p<.001$) y atención individualizada ($t=6.17$, $p<.001$).

Finalmente, podemos distinguir entre la captación pasiva (que correspondería a los indicadores de atención a demanda y derivación por parte de otro profesional del centro o del entorno comunitario) y la captación activa (que se relacionaría con la captación en función del riesgo, la atención domiciliaria y la intervención conjunta con otros profesionales en problemas sociosanitarios). Las medias en los dos casos son bastantes similares ($M=2.22$ para la captación pasiva y $M=2.17$ para la captación activa) sin que existan diferencias significativas entre ambas ($t=0.488$, $p=-.628$).

Expectativa de rol por parte de otros profesionales

Las entrevistas a otros profesionales de los centros de salud sirvieron también para valorar la percepción que tienen del rol de los trabajadores sociales. Concretamente se les preguntó sobre el tipo de competencias atribuidas y sobre la

frecuencia de contactos mantenidos. En la tabla 34 podemos ver los tipos de funciones asignadas al trabajador social.

Tabla 34. Tipos de funciones asignadas a los trabajadores sociales

Actividades	F	%*
Intervención en problemas socio-sanitarios con diversos colectivos	38	95
Tramitación de ayudas, documentación, información de recursos, burocracia.	27	67.5
Mediación y enlace con otras instituciones comunitarias.	13	32.5
Coordinación de otros profesionales del centro de salud.	8	20
Coordinación, canalización y movilización de recursos comunitarios.	4	10
Formación y orientación.	4	10
Otros	2	5

*Porcentajes sobre el total de entrevistados en cada caso.

La mayor parte de las respuestas se refieren a la intervención y la evaluación de problemas socio-sanitarios con diversos colectivos. Por ejemplo, se menciona la intervención en interrupciones del embarazo (IVE) con adolescentes, los casos de dependencia en mayores y las personas con discapacidad, la atención a colectivos en riesgo como la población inmigrante o los grupos minoritarios, etcétera. Por otro lado, se apunta igualmente como una tarea importante de los trabajadores sociales la realización de trámites burocráticos como la solicitud de ayudas o documentación (por ejemplo se menciona las ayudas de la *Ley de Dependencia* o la solicitud de la tarjeta sanitaria en inmigrantes) o la información sobre recursos comunitarios.

En menor medida se menciona la mediación o enlace entre instituciones o agentes comunitarios. Por ejemplo a través de la actuación coordinada en determinados casos o la derivación a otros servicios, el contacto con otros profesionales del centro de salud o la movilización de recursos sociales. Finalmente, otras funciones

mencionadas tienen relación con el ofrecimiento de formación y orientación a otros profesionales sanitarios.

Por otro lado, en la tabla 35 resumimos el número de funciones asignadas al trabajador social por parte de los profesionales entrevistados.

Tabla 35. Número de funciones asignadas a los trabajadores sociales*

Número de funciones diferentes asignadas	F	%
Cinco funciones	6	15
Cuatro funciones	9	22.5
Tres funciones	16	40.0
Dos funciones	5	12.5
Una función	3	7.5
Ninguna función	1	2.5

*Las frecuencias indican los entrevistados que asignaron ese número de funciones

La mayoría de los entrevistados asignan entre dos y tres funciones a los trabajadores sociales (62.5 por ciento entre las dos opciones).

Finalmente, en la tabla 36, se indican los resultados del número de funciones y contactos mantenidos con el trabajador social en función del perfil profesional de los entrevistados.

Tabla 36. Perfil profesional, funciones asignadas y contactos

Profesional	Funciones asignadas			Contactos último mes	
	N	F acumulada	M	F acumulada	M
Médicos	7	24	3.43	12	1.71
Enfermeros	8	30	3.75	26	3.25
Personal de administración	8	19	2.38	12	1.50
Auxiliares de enfermería/celadores	13	26	2	22	1.69

Los médicos y enfermeros asignan, de media, un mayor número de funciones a los trabajadores sociales que el resto de profesionales entrevistados. Ello se relaciona en cierta forma con el número de contactos mantenidos en el último mes. En este caso, son los enfermeros las que mantienen contactos con más frecuencia con los trabajadores sociales del centro de salud.

Sentido de pertenencia al centro de salud

Los trabajadores sociales también informaron de su sentido de pertenencia al centro de salud, mediante el *Sense of Community Index* de McMillan y Chavis (1986). Para ello se adaptó la escala, de modo que pudiera ser aplicada en este contexto. Los resultados se muestran en la tabla 37.

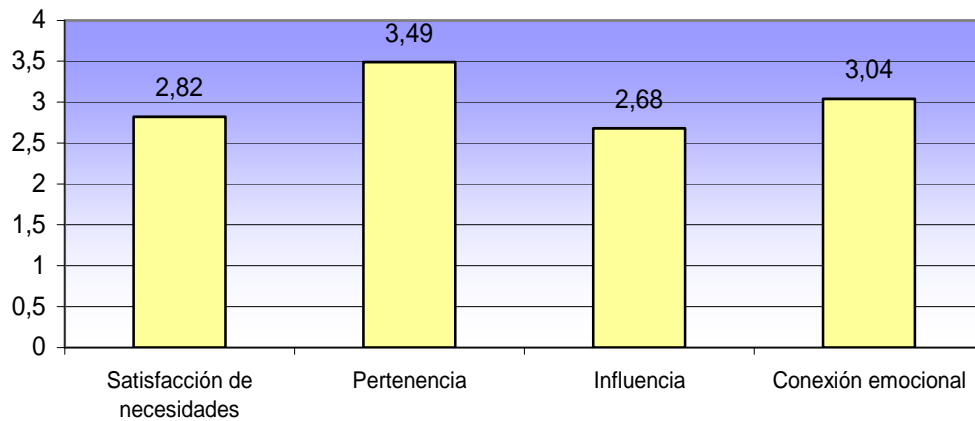
Tabla 37. Sentido de pertenencia al centro de salud*

Sentido de pertenencia al centro de salud	M	DT
Creo que el centro de salud en el que estoy es un buen lugar en el que trabajar	3.10	0.71
La gente del centro de salud no comparte mis mismos valores	2.87	0.85
La gente del centro de salud y yo queremos lo mismo para el centro	2.49	0.71
Reconozco a la mayoría de la gente que trabaja en el centro de salud	3.72	0.50
Trabajando en el centro de salud me siento cómodo	3.20	0.69
Muy poca gente del centro de salud me conoce	3.55	1.03
Me preocupa lo que piensa la gente del centro de salud de mi forma de trabajar	2.42	0.96
No puedo influir en cómo es el centro de salud	2.85	0.92
Si hubiese algún problema en el centro de salud la gente que trabajamos en él lo resolveríamos	2.77	0.81
Es muy importante para mi trabajar en el centro de salud	3.25	0.70
La gente del centro de salud no solemos reunirnos con frecuencia	2.55	1.08
Espero trabajar en el centro de salud por un largo tiempo	3.33	0.90
SUMATORIO	36.1	0.42

*Escala utilizada de 0 a 4 en función del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones.

El sumatorio del sentido de pertenencia al centro de salud por parte de los trabajadores sociales es elevado (36.1 sobre 48). Como hemos mencionado, la escala evalúa las cuatro dimensiones del sentido de pertenencia (satisfacción de necesidades, pertenencia, influencia y conexión emocional). En el gráfico 6 se muestran las medias en cada una de estas dimensiones.

Gráfico 6. Puntuaciones por dimensión de la escala de SOC



Las medias más bajas se encuentran en la satisfacción de las necesidades laborales del trabajador social por parte del centro de salud ($M=2.82$) y en la influencia que el trabajador social puede ejercer sobre el funcionamiento y la toma de decisiones en el centro ($M=2.68$). Las medias más altas se observan en la pertenencia al centro ($M=3.49$) y en la existencia de lazos y experiencias comunes al resto de miembros del centro de salud ($M=3.04$).

Sentido de comunidad, clima para la innovación y funciones profesionales

Las relaciones existentes entre algunos de los principales indicadores evaluados (clima para la innovación, sentido de pertenencia y funciones del trabajador

social) permiten profundizar en el análisis y la explicación de la interacción entre los factores organizativos del centro de salud, las funciones desarrolladas por el trabajador social y su integración en el equipo de APS.

Los resultados muestran (tabla 38) que el sentido de pertenencia al centro de salud, se relaciona con el grado en que el entorno organizativo es receptivo a la aportación de ideas y al desarrollo de iniciativas innovadoras de atención sociosanitaria ($r=.49$, $p<.01$). En concreto, el clima para la innovación correlaciona con el grado en que el entorno organizativo responde a sus necesidades profesionales ($r=.54$, $p<.01$) y con la percepción de su influencia sobre el funcionamiento del centro de salud ($r=.45$, $p<.01$). Además de ello, el clima para la innovación en el caso de los trabajadores sociales, se relaciona también con una mayor presencia de funciones relacionadas con la captación activa de usuarios ($r=.33$, $p<.05$), con la atención individualizada ($r=.40$, $p<.01$) y con las estrategias de coordinación interprofesional ($r=.39$, $p<.05$). Por otro lado, el sentido de pertenencia al centro de salud se relaciona con una mayor presencia de funciones de coordinación ($r=.34$, $p<.05$).

Finalmente, la expectativa de rol de otros profesionales (evaluada a través del número de funciones asignadas por otros profesionales), se relaciona con una menor presencia de funciones de promoción de la salud en el rol profesional del trabajador social ($r=-.39$, $p<.05$). Es decir, un número elevado de funciones asignadas al trabajador social por parte de otros profesionales del centro de salud implica un perfil *menos* comunitario de su intervención en salud (tabla 38).

Tabla 38. Correlaciones entre indicadores organizativos y profesionales

	Innovación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. SOC	.49**	-										
2. SOC-NEC	.54**	.71**	-									
3. SOC-PER	.17	.75**	.39*	-								
4. SOC-INF	.45**	.75**	.40*	.33*	-							
5. SOC-EMO	.078	.59**	.13	.13	-.06	-						
6. Captación activa	.33*	.11	.12	.19	.01	.05	-					
7. Captación pasiva	.18	.01	.11	.21	-.17	-.06	.50**	-				
8. Atención individual	.40**	.02	.08	.00	-.06	.02	.33*	.41**	-			
9. Coordinación	.39*	.34*	.28	.21	.13	.21	.42**	.34*	.46**	-		
10. Promoción	.21	.08	-.09	.03	.01	.26	.18	.10	.39*	.49**	-	
11. N° Funciones	.04	-.03	.07	-.10	-.01	-.08	-.05	-.25	-.19	-.17	-.39**	-

**p<.01, * p< .05

Otras relaciones de interés

Los centros de APS son contextos organizativos que pueden plantear un elevado nivel de demandas laborales a los profesionales de los equipos de salud. De hecho, como hemos visto, la media de la subescala de percepción de las exigencias laborales es alta para los dos grupos entrevistados. Ello se puede deber a la falta de tiempo, a la sobrecarga asistencial, a las dificultades de consecución de objetivos o a la falta de recursos. En el presente estudio, existen diferencias en la media obtenida en la subescala de demandas en el contexto de trabajo en función de la dispersión geográfica de este contexto ($\chi^2=15.67/p<.01$). En concreto, aquellos trabajadores sociales que tienen asignados más un centro o zona de salud, perciben más demandas laborales que aquellos que se ubican en un sólo centro de salud.

Otra variable de interés inicial es el tiempo de estancia del trabajador social en el centro de salud, como indicador de la experiencia de trabajo en APS. No se observan correlaciones significativas con el clima para la innovación, las demandas del contexto o el sentido de pertenencia al centro de salud. Sí correlaciona de forma negativa con la función de captación de usuarios en función del riesgo ($r=-.385, p<.05$) y con la captación activa de usuarios en general ($r=-.409, p<.01$). También se relaciona de forma negativa con la función de estudio de los factores sociales implicados en los problemas de salud individuales ($r=-.355, p<.05$). Por el contrario, la relación es positiva con la función de comunicación y contactos frecuentes con asociaciones y organizaciones comunitarias ($r=.326, p<.05$). Es decir, parece que cuanto más tiempo de estancia lleve el trabajador

social entrevistado, menor es la frecuencia de funciones relacionadas con la búsqueda activa de usuarios y el estudio adecuado de los factores comunitarios que influyen en los procesos de salud y enfermedad. Por el contrario, esta mayor experiencia sirve para realizar actividades de coordinación y la mediación comunitaria.

Clima para la innovación e integración en el equipo de salud

Estas correlaciones permiten explorar modelos de relaciones entre variables que expliquen los resultados en el clima para la innovación percibido por los trabajadores sociales dentro del centro de salud. Para ello se utilizó la regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos (*stepwise*) con el paquete estadístico SPSS 14.0.

Se realizaron modelos exploratorios previos, en los que se incluyeron como variables (a) las demandas del contexto de trabajo y (b) el clima para la innovación (ambas como variables dependientes) y (c) la edad del trabajador social y el tiempo de estancia en el centro de salud, (d) las funciones de captación activa, atención individualizada y coordinación interprofesional, junto a (e) las dimensiones del sentido de pertenencia al centro de salud (como variables independientes). La inclusión de estas variables corresponde a las aportaciones teóricas detalladas en la introducción de este capítulo, acerca de la influencia del sentido de comunidad y la innovación en las organizaciones comunitarias y en el desarrollo y la potenciación del rol profesional.

En el modelo final considerado se incluyeron las dimensiones de satisfacción de necesidades e influencia del sentido de pertenencia al centro de salud. Por otro

lado, los resultados mostraron que, dentro de las funciones del trabajador social, sólo las relacionadas con la atención individualizada mostraban capacidad predictiva sobre la variable dependiente. En este caso, puede que la alta colinealidad entre las funciones del rol del trabajador social influya en la escasa aportación de las otras dos variables a la explicación de la varianza del clima para la innovación. Por tanto, junto a las dos dimensiones mencionadas del sentido de pertenencia al centro, se incluyó la media de las funciones de atención individualizada, como predictoras de la percepción del clima para la innovación. En la tabla 39 podemos ver un resumen de dicho modelo.

Tabla 39. Modelo de regresión lineal para el clima de innovación. Atención individualizada, satisfacción de necesidades e influencia en el centro de salud.

	β	ΔR^2	Error de la estimación	Durbin-Watson
Paso 1		.140*	.537	
Atención individualizada	.389**			
Paso 2		.488**	.414	2.067
SOC Necesidades	.369**			
SOC Influencia	.354**			

**p<.01, * p< .05.

El modelo propuesto explica el 48.8 por ciento de la varianza total de la percepción del clima para la innovación (variable dependiente). Por otro lado, el estadístico de Durbin-Watson es muy cercano a 2, lo que indica que los residuos y las observaciones de las variables son independientes.

En general, se describe la relación entre la integración del trabajador social en el equipo y el centro de salud y la percepción del desarrollo y la innovación en el rol

profesional. Los resultados muestran que (a) una mayor frecuencia de actividades individualizadas, (b) una mejor respuesta del sistema organizativo a las necesidades profesionales de los trabajadores sociales y (c) la percepción de una mayor influencia de estos en el funcionamiento del contexto organizativo, explican en gran parte la percepción del clima para la innovación en el centro de salud. Es decir, la integración de los trabajadores sociales en el equipo de salud y la adopción de un modelo de atención asistencial, junto a la percepción de que es posible influir en el funcionamiento organizativo del centro y que este atiende a las necesidades profesionales, facilitan la percepción por parte de los trabajadores sociales de que en el contexto organizativo apoya sus iniciativas de innovación.

Observación de la dinámica de funcionamiento de los centros de salud

Además de la evaluación de los indicadores mencionados a través de la entrevista a los trabajadores sociales y otros profesionales, realizamos la observación general del centro de salud, de la situación del trabajador social en el mismo y de su relación con otros profesionales.

Como apuntamos, una parte de los trabajadores sociales entrevistados comparte el espacio de trabajo y otros recursos (consulta, ordenador, línea telefónica, etcétera) con otros profesionales del centro de salud. En la mayoría de los casos, se trata de profesionales de enfermería, bien de enfermería general o de enfermería de enlace. Ello provoca en ocasiones, dificultades para el desarrollo de las actividades profesionales, como por ejemplo para la atención a los usuarios en consulta o la utilización de base de datos o herramientas de comunicación.

Por otro lado, existe una cierta confusión de roles con otros profesionales del centro de salud, principalmente con la enfermera comunitaria de enlace. Esta figura, con cierta tradición en otros contextos (como el campo de la enfermería comunitaria en algunos países anglosajones, McGarry, 2003), plantea dificultades de ajuste con el rol del trabajador social en varios casos. De hecho, algunos entrevistados consideran que existen ejemplos de intrusismo profesional, ya que este perfil tiene competencias de intervención sociosanitarias que se solapan con las realizadas desde el trabajo social de salud. Entre las razones para la inclusión de este perfil profesional, algunos entrevistados apuntan a factores institucionales. Por ejemplo, se relaciona con la orientación del sistema sanitario, el fomento del modelo médico en la evaluación de resultados o la prevalencia de la gestión de casos y la intervención asistencial en los problemas de salud. En este sentido, el papel de las características individuales y la relación personal y profesional puede facilitar o dificultar el trabajo conjunto dentro del equipo de salud.

Como hemos visto, la definición y organización del rol profesional depende en gran medida del contexto organizativo y de las características del entrevistado. Por ejemplo, el desconocimiento o la concepción errónea por parte de otros profesionales de las funciones del trabajador social influyen en el tipo de tareas que este realiza. En este sentido, incluso las características de las derivaciones de usuarios con peticiones concretas de intervención pueden depender de ello. Por ejemplo, en algunos casos se apunta a que es fundamental que el personal de administración conozca las funciones y los límites del trabajador social, ya que son la puerta de entrada del usuario al centro de salud.

Discusión de resultados

La integración del trabajador social en el equipo de salud implica también su incorporación en la dinámica organizativa de los centros de APS. Esta integración también se ve condicionada por el ámbito institucional del sistema sanitario. En este contexto, el rol profesional del trabajador social en APS destaca por la presencia de funciones relacionadas con la atención individualizada sociosanitaria y con acciones de coordinación con otros agentes del centro de salud y del entorno comunitario. Por otro lado, también es más frecuente que el trabajador social centre su intervención en la atención a demanda del usuario, más propia del sistema sanitario en el que trabaja que de las competencias normativas de la intervención social en salud (evaluación del riesgo e intervención en el contexto comunitario). En las intervenciones individuales destaca la información sobre recursos, programas y servicios, junto al estudio de los factores sociales que influyen en los indicadores de salud o en la mediación con estructuras comunitarias. Ello es congruente con las expectativas de rol de otros profesionales acerca de los trabajadores sociales, relacionadas con la intervención sociosanitaria con diversos colectivos, los trámites y la información sobre recursos y el enlace con otros agentes comunitarios.

En cierta forma, lo anterior confirma lo descrito por Dalley (1989) acerca de la convergencia de perspectivas en el tratamiento de problemas entre diferentes profesionales (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) en los equipos de APS. Ello se produce por la propia tendencia del equipo de trabajo a desarrollar una visión compartida. Por otro lado, el propio esfuerzo por evitar la falta de

apoyo profesional e institucional dentro de la organización, puede obligar a los trabajadores sociales a facilitar dicha convergencia en cuanto a objetivos, funciones y procedimientos con el resto de profesionales del equipo (Rushton & Davies, 1984; Leathard, 1994).

Los profesionales que dicen mantener mayor número de contactos con el trabajador social son los médicos y enfermeros. Estos también son los que les asignan mayor variedad de funciones. Como hemos visto, el contacto entre profesionales dentro del centro de salud facilita el conocimiento de las competencias y capacidades, la claridad de rol dentro del equipo de trabajo y la definición de la contribución de cada profesional en la atención al usuario (Borrill et al., 2000). Ello queda corroborado por el hecho de que los profesionales que mantienen un mayor número de contactos con el trabajador social (los médicos y los enfermeros) son los que son capaces de asignarles mayor diversidad de funciones.

Por otro lado, la asignación de múltiples actividades al trabajador social, debido a una elevada atribución de funciones, puede provocar una sobrecarga de rol que afecte a su desempeño profesional en el equipo de salud (en los términos propuestos por Peiró et al., 2001). Como hemos visto, aquellos trabajadores sociales que reciben mayor número de funciones por parte del profesional entrevistado en su centro de salud, realizan un menor número de actividades de promoción de la salud en la comunidad. En general, estas actividades de intervención comunitaria requieren de una mayor dedicación y disponibilidad de tiempo para su implementación. La definición de rol del trabajador social desde el

contexto organizativo del equipo de trabajo, puede conllevar en ocasiones unas elevadas expectativas en cuanto al número de funciones asignadas (en muchas ocasiones relacionadas con actividades asistenciales y de apoyo al equipo). Ello puede limitar la disponibilidad para desarrollar las expectativas personales respecto al rol profesional.

En un contexto organizativo en el que no se imponga una delimitación clara del rol del trabajador social en APS, puede ser más sencillo para el profesional definir su papel en el equipo de salud. En este caso, los factores sociales de la salud y la enfermedad son un espacio común para la atención sociosanitaria individualizada y la intervención comunitaria. En resumen, el rol profesional del trabajador social es el producto de la interacción entre el contexto organizativo y las características individuales en el centro de APS.

Por tanto, el centro de salud es, en general, un contexto exigente en cuanto al desempeño del rol profesional. Ello queda reflejado en el elevado nivel de demandas percibidas por todos los profesionales entrevistados en el centro de salud. Por otra parte, hemos visto que los trabajadores sociales entrevistados perciben mayores demandas del contexto de trabajo si tienen que atender más de un centro de salud o zona. Esta situación obliga a tener que integrarse en más de un equipo de trabajo o centro de salud, además de adaptar la intervención a varios grupos poblacionales, que pueden ser diversos en cuanto a las características, los problemas y las necesidades que presenten.

En definitiva, los trabajadores sociales tratan de desarrollar una perspectiva comunitaria en la atención a los usuarios del centro de salud. En este contexto,

pueden existir ciertas divergencias entre los objetivos organizativos e institucionales del sistema de APS y los objetivos profesionales e individuales del trabajador social. Para estos profesionales, el contexto organizativo es menos proclive al apoyo en el desarrollo de innovaciones en la atención a usuarios. En este caso, los médicos, enfermeros y otros profesionales entrevistados perciben una mayor cercanía de sus funciones organizativas a la dinámica y el funcionamiento del centro de salud.

En general, los trabajadores sociales ven menos oportunidades de innovación en el centro de salud. En los casos en los que perciben un mejor clima para ello en el contexto organizativo, centran la intervención con los usuarios en actuaciones individualizadas. Estas actividades incluyen frecuentemente la distribución, derivación o aportación de recursos comunitarios específicos. Aunque en ocasiones estas actividades pueden tener también un componente de evaluación e intervención psicosocial.

Como consecuencia de ello, los trabajadores sociales perciben una mejor adecuación de sus propias necesidades individuales y profesionales a las necesidades organizativas del centro de salud. La evaluación del funcionamiento del sistema sanitario se orienta a la obtención de resultados concretos, relacionados con la información sobre la cobertura poblacional, la cuantificación de recursos y el nivel de cumplimiento de objetivos a corto y medio plazo. En este contexto, encuentran un mayor apoyo y reforzamiento las funciones de atención individualizada a demanda de los usuarios que las centradas en la evaluación del

contexto comunitario, el fomento de la movilización y la participación comunitaria o el contacto y la coordinación con los agentes comunitarios.

De este modo, los trabajadores sociales ganan en influencia en el funcionamiento del centro de salud y perciben mayores oportunidades de innovación. La asimilación de los objetivos organizativos con los objetivos individuales y profesionales, les puede ofrecer mejores oportunidades de participación en la dinámica del centro de salud y de integración con el resto de profesionales sanitarios. Se produce, en definitiva un mayor ajuste al modelo de atención en consulta y una acomodación del trabajador social en el equipo de APS.

Finalmente, en futuros estudios sería de interés contar con la perspectiva de otros profesionales externos al centro de salud, en la evaluación de los indicadores utilizados. De este modo, se podría utilizar como criterio externo de valoración del funcionamiento del centro de salud y de la interacción del contexto comunitario y el contexto organizativo. Además, ampliar la muestra de entrevistados permitiría mejorar la representatividad de las conclusiones obtenidas.

Por otro lado, es posible que las conclusiones se beneficien de una mayor profundización en los aspectos organizativos, tanto desde el punto de vista teórico como en la investigación de la relación entre el contexto comunitario, el funcionamiento del centro y el rol del trabajador social en APS.

CAPÍTULO VI. LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD: EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En los capítulos IV y V hemos explorado las características del contexto comunitario que determinan la preparación para el cambio y su relación con determinados elementos del funcionamiento organizativo del centro de salud. También hemos descrito la práctica profesional del trabajador social, la implementación de estrategias de intervención social y su relación con el contexto del equipo de APS.

Los resultados de los dos estudios descritos han mostrado,

- (a) que existen tres perfiles comunitarios de preparación para el cambio en salud en los contextos evaluados;
- (b) que estos perfiles se han obtenido a partir de la configuración de un conjunto de características comunitarias generales como la participación comunitaria, el ajuste de programas y la implicación comunitaria de los profesionales;

- (c) además, que estos perfiles comunitarios se relacionan de forma estrecha con el funcionamiento organizativo del centro de salud y con la implementación de iniciativas sociosanitarias;
- (d) por último, que el rol del trabajador social queda definido en parte por su integración en la dinámica organizativa e institucional del centro de salud donde el clima y la cohesión en la organización, el apoyo a los procesos de innovación y las demandas laborales son procesos determinantes.

En este capítulo describiremos la interacción entre estos procesos comunitarios y organizativos y su impacto en la implementación de iniciativas de intervención social en salud. Las características comunitarias influyen en el funcionamiento organizativo y en los resultados de la intervención. Por ejemplo, Green, Richard & Potvin (1996) destacaron la importancia del contexto comunitario en el que se sitúan las agencias de promoción de la salud para la efectividad de las intervenciones. En este sentido, la implementación de iniciativas de salud es el ámbito en el que interactúan los factores individuales (habilidades profesionales, rol, etcétera), los factores organizativos (estructura y dinámica del equipo de trabajo, clima para la innovación, etcétera) y los factores comunitarios (preparación para el cambio, participación y movilización social, etcétera) (Riley et al, 2003). Por ejemplo, Payne & Eckert (2010) examinaron el impacto de las características de los profesionales, la estructura y los elementos del programa, el clima organizativo y el entorno comunitario, en la calidad de la implementación de programas escolares de prevención.

Esta interacción se observa de forma clara en los centros de APS. Los centros de salud son sistemas organizativos abiertos al entorno comunitario, en los que la relación con los usuarios es el factor clave de su funcionamiento. Por otro lado, funcionan como estructuras organizativas que facilitan la canalización de la participación comunitaria, más allá del ofrecimiento de servicios de atención en salud. Ello implica que la movilización social, la potenciación de recursos, la participación de los profesionales en las dinámicas comunitarias y el ajuste comunitario de las intervenciones, son procesos fundamentales para la implementación de iniciativas de intervención social desde estos centros.

En el presente estudio pretendemos evaluar la relación entre el contexto comunitario y el contexto organizativo en la implementación de programas de intervención social en salud en APS. También describiremos el papel de las dinámicas de funcionamiento del centro y el equipo de salud, y de la comunidad sobre las características y la efectividad del rol del trabajador social en APS. En líneas generales se tratará de relacionar, mediante el análisis de casos, los aspectos organizativos y comunitarios con la implementación de iniciativas sociosanitarias y el rol del trabajador social en el centro de salud.

Objetivos

El objetivo principal de este tercer estudio fue explorar la relación entre el contexto comunitario de intervención, las características organizativas del centro de salud y la práctica profesional del trabajador social de APS.

Este objetivo general se puede separar en varios objetivos específicos:

1. Identificar las características fundamentales de los entornos comunitarios en los que se incluyen los centros de salud en los que trabajan los informantes clave entrevistados: niveles de participación y movilización social, liderazgo comunitario, programas e iniciativas de prevención e intervención en salud, evolución y cambios en el contexto social.
2. Evaluar el funcionamiento del centro y la integración del trabajador social en el equipo de salud: barreras y apoyos del contexto organizativo, adaptación de estrategias de intervención al contexto, evolución y factores de cambio, resultados y eficacia percibida de la intervención.
3. Evaluar los procesos y dinámicas de relación del contexto comunitario y el contexto organizativo en APS, prestando especial atención a la efectividad en la implementación, la difusión de innovaciones en la comunidad y el centro de salud y el rol del trabajador social en estos contextos.

Metodología

Participantes

Los participantes en este tercer estudio fueron 10 trabajadores sociales de APS en Andalucía, entrevistados entre noviembre y diciembre de 2009. El criterio de selección de los trabajadores sociales fue la relevancia y el rol de actores clave que desempeñaban en el contexto sociosanitario en general y en el colectivo de trabajadores sociales de salud en particular. En concreto, los informantes seleccionados cumplían algunos de los siguientes criterios de relevancia:

- En algunos casos habían participado en 2004 en un grupo de trabajo organizado para identificar las competencias del trabajador social en APS en Andalucía.
- En segundo lugar, algunos de los participantes colaboraron en varios paneles de expertos organizados para la elaboración de un instrumento de evaluación del riesgo social en salud. Se trata de una herramienta elaborada por el grupo de investigación de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Sevilla.
- Finalmente, se tuvo en cuenta el criterio del Servicio Andaluz de Salud en cuanto a la valoración de la importancia y el papel clave de algunos de los entrevistados en el contexto sanitario andaluz.

Se entrevistaron a tres informantes clave en Sevilla, y a dos en Jaén y Málaga. El resto de entrevistados trabajaban en Almería, Granada, Cádiz y Córdoba, respectivamente.

Instrumentos y medidas

Se realizaron entrevistas en profundidad a este grupo de informantes clave y posteriormente llevamos a cabo el análisis cualitativo de la información obtenida. El *análisis de casos* consiste en la obtención de información y la observación directa de la conducta de los sujetos involucrados en el fenómeno de estudio. En este sentido, el análisis no se basa en la generalización de resultados o en la obtención de resultados causales significativos, sino en la observación concreta de determinados procesos en situaciones específicas (Yin, 1994). Por ejemplo,

Campbell & Ahrens (1998) plantearon el análisis de casos en el estudio de la innovación en servicios comunitarios de atención a mujeres víctimas de agresiones sexuales.

El análisis de casos nos permite identificar y analizar en profundidad procesos relevantes en contextos comunitarios y organizativos concretos. Ello se plantea a través de la observación de los procesos descritos en situaciones reales de interacción entre el contexto organizativo, el contexto comunitario y el rol del trabajador social en APS. Se trata en definitiva de ir más allá de los resultados cuantitativos, apoyándolos a través de la perspectiva aportada por los propios actores involucrados. De este modo, las estrategias de evaluación planteadas a lo largo de la presente tesis, permiten la triangulación metodológica en el estudio de los factores mencionados, lo que aporta mayor validez a las conclusiones finales obtenidas.

Por otro lado, hemos aplicado el Análisis de Redes Sociales (ARS) a la evaluación de los principales factores identificados en cada uno de los casos de estudio. El análisis de redes se ha utilizado para la evaluación del discurso en entrevistas biográficas u otros tipos de datos textuales. Se trata de analizar los discursos como un conjunto de significados relacionados entre sí (Lozares, Verd, Martí & López Roldán, 2003; Martí, 2006). En nuestro caso, hemos utilizado como indicadores de relación, la coocurrencia de los procesos descritos en el contexto organizativo y comunitario y la vinculación establecida por el informante entre los procesos y factores identificados en el caso. La relación entre estos indicadores nos permite tener una visión estructural de la interacción entre los factores organizativos, los

factores comunitarios y la práctica profesional del trabajador social en APS. Para el análisis de la información hemos utilizado los programas UCINET 6 (para la elaboración de las matrices y la obtención de los indicadores de centralidad) y NetDraw 2 (para la representación gráfica de las redes).

Se trata de una propuesta de metodología mixta de evaluación y análisis de resultados, que combina de forma complementaria el análisis cualitativo de casos con el análisis estructural de la información obtenida. Por ejemplo, Molina, Maya-Jariego & MCarthy (en prensa) justifican la utilización del ARS y la visualización gráfica de las redes, para el análisis exploratorio y confirmatorio de datos relacionales. Para estos autores, el ARS forma parte de las estrategias que permiten la utilización de metodología mixta para la combinación de información cuantitativa y cualitativa en el análisis de resultados.

Indicadores de evaluación

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los informantes clave seleccionados en su propio centro de salud. En dichas entrevistas se obtuvo información de los siguientes indicadores:

- *Descripción de las zonas de salud en las que desarrolla su actividad profesional el trabajador social entrevistado:* agentes con un papel de liderazgo, principales problemas existentes en el entorno, programas de intervención en salud implementados, etcétera.
- *Descripción del rol desempeñado en el centro de salud:* modelos teóricos utilizados, barreras y apoyos existentes en su contexto organizativo,

adaptación de estrategias de intervención al contexto comunitario, identificación de buenas prácticas de intervención social en salud, evolución y cambios observados en el entorno, trayectoria en APS.

- *Resultados de su actividad profesional en APS*: actividades y programas más efectivos, relación entre los resultados y las características comunitarias y organizativas, etcétera.

El contexto comunitario, el contexto organizativo y el rol del trabajo social en APS

A continuación, describiremos los principales resultados obtenidos. En primer lugar, resumiremos cada uno de los casos en función de los factores comunitarios, la práctica profesional y los resultados de la intervención en salud desde el centro de APS. Posteriormente, aplicaremos el ARS a algunos de los factores y procesos identificados en los casos, para evaluar las relaciones estructurales entre ellos. Finalmente realizaremos la integración de la información obtenida, mediante la descripción cualitativa de los ámbitos identificados en los análisis previos y recurriendo a los ejemplos concretos de los casos analizados.

Factores y procesos de interacción entre el contexto comunitario y el contexto organizativo

A continuación realizamos una descripción sistemática de los principales elementos de los casos analizados, en función de los factores comunitarios, la práctica profesional y la efectividad de la implementación (tabla 40). En los factores comunitarios, hemos tenido en cuenta las características de los contextos

en los que se incluyen los centros de salud de los informantes clave, así como su evolución a lo largo del tiempo. En cuanto a la práctica profesional, hemos descrito los programas e iniciativas aplicadas, el ajuste a las características comunitarias y los procesos organizativos implicados. Finalmente, hemos tenido en cuenta los resultados del propio proceso de implementación como el impacto de las iniciativas implementadas desde el centro de salud.

Tabla 40. Resumen de casos.

Casos	Comunidad	Práctica	Resultados
Caso 1. C.S. La Magdalena (Jaén)	El Valle (Zona Anterior): Población joven. Marginación y exclusión social.	El Valle: Profesionales jóvenes con actitud proactiva. Inicios de la Reforma Sanitaria.	Mejora de la participación social.
	La Guardia (Actualidad): Zona rural con pocos recursos. Escasa participación social.	La Guardia: Sin acceso a registro de usuarios. Atención a demanda de la población.	Ampliación de cobertura de los programas.
	La Magdalena (Actualidad): Zona ZNTS. Necesidades sociosanitarias y dificultad de acceso a servicios.	La Magdalena: Intervención comunitaria en salud. Organización de Consejo de Participación Ciudadana.	Antecedentes de la Ley de Dependencia.
Caso 2. C.S. Occidente “Azahara” (Córdoba)	Varias zonas dispersas dependientes del mismo centro.	Creación del centro en los inicios de la reforma sanitaria: Profesionales jóvenes con actitud proactiva.	Mejora de procesos comunitarios: implicación social, participación y movilización, sensibilización.
	Zonas con escasos recursos comunitarios y falta de movilización social (Miralbaida, Azahara, Electromecánica).	El Higuero: Creación de consejo de salud (promoción de la salud, participación social). Intervención en Centros Educativos (Forma Joven).	
	Zonas con actitud reivindicativa y alta participación (Villarrubia y El Higuero).	La Palmera: esfuerzos de coordinación y colaboración comunitaria.	
	Las Palmeras: Zona ZNTS. Mayor complejidad en cuanto a recursos e iniciativas.	Flexibilidad en las funciones del T.S.	

Tabla 40. Resumen de casos (continuación)

Casos	Comunidad	Práctica	Resultados
Caso 3. C.S. Huéscar (Granada)	<p>La Galera: Población extranjera de edad avanzada. Problemas de dependencia.</p> <p>Don Fadrique: Inmigración laboral con mayor incidencia de problemas sociosanitarios y menor accesibilidad a recursos.</p> <p>Barrios de La Cruz y San Clemente (Huéscar): Zonas ZNTS. Población joven con problemas de exclusión social.</p> <p>En general, bajo nivel de implicación comunitaria.</p>	<p>Inicios del C.S.: Carácter asistencial y menor colaboración en el equipo de salud.</p> <p>En la actualidad: Aumento de recursos y oportunidades de coordinación.</p> <p>Protocolo de actuación en violencia de género con otros agentes comunitarios.</p> <p>Desplazamiento y actuación a demanda de los diferentes núcleos poblacionales.</p>	Sin información.
Caso 4. C.S. El Palo (Málaga)	<p>El Palo: Barrio tradicional. Alto grado de cohesión y SOC. Diversidad poblacional. Alta participación social.</p> <p>El Limonar: Zona de clase alta y edad avanzada. Problemas de dependencia.</p> <p>Estabilidad a lo largo del tiempo.</p>	<p>Continuidad en las iniciativas planteadas desde el C.S.</p> <p>Consejo de salud: informar acerca de los objetivos de la APS.</p> <p>C.S. como recurso comunitario.</p> <p>Intervención sociosanitaria individual y en grupos.</p>	Sin información.
Caso 5. C.S. Fuengirola Oeste y Los Boliches (Málaga)	<p>Palma-Palmilla (Zona Anterior): Alta movilización y participación social. Zona marginal (ZNTS).</p> <p>Los Boliches: Población de edad avanzada. Problemas de dependencia.</p>	<p>Palma-Palmilla: Programa HOGAR. Participación y potenciación comunitaria.</p> <p>Trabajo en dos C.S.: Dificultades de desarrollo del rol profesional.</p> <p>Atención a demanda.</p>	Palma-Palmilla: Mejora de indicadores sociales, participación comunitaria, etc.

Tabla 40. Resumen de casos (continuación)

Casos	Comunidad	Práctica	Resultados
Caso 6. C.S. San Pablo (Sevilla)	<p>Barrios C, D y E: Población anciana con problemas de dependencia. Aumento de población inmigrante.</p> <p>Santa Clara: Zona residencial de clase alta y población también mayor. Seguimiento y mediación familiar.</p> <p>Escasa conciencia de necesidades sociales.</p>	<p>Dificultades de coordinación con agentes sociales y movilización de recursos.</p> <p>Objetivos profesionales vs. Demandas comunitarias.</p> <p>Concienciación de otros profesionales sanitarios.</p> <p>Coordinación de los trabajadores sociales de Sevilla Capital.</p>	<p>Escaso impacto de las iniciativas debido a escasez de recursos.</p> <p>Ausencia de indicadores de evaluación de la intervención comunitaria en salud.</p>
Caso 7. C.S. Montequinto (Sevilla)	<p>Barrio dormitorio.</p> <p>Población joven.</p> <p>Escaso sentido de pertenencia a la zona.</p> <p>Nivel socioeconómico medio.</p> <p>Bajo nivel de demandas y ausencia de problemas de exclusión social.</p>	<p>Comisión de salud:</p> <p>Potenciación de recursos de salud comunitarios.</p> <p>Coordinación de los trabajadores sociales del Distrito Sur de Sevilla.</p> <p>Apoyo y colaboración del equipo de salud.</p>	<p>Ausencia indicadores comunitarios.</p> <p>Aumento de la participación comunitaria.</p> <p>Aumento de la demanda de atención a necesidades sociosanitarias.</p>
Caso 8. C.S. Los Marqueses (Jaén)	<p>Zona con demandas asociadas a tercera edad con problemas dependencia y enfermedades crónicas.</p> <p>Alta participación social.</p> <p>Organizaciones y agentes comunitarios activos.</p>	<p>Comité de participación ciudadana: iniciativas de intervención comunitaria en salud.</p> <p>Intervención social en salud a nivel individual, grupal o comunitario.</p> <p>Utilización de modelos teóricos de intervención.</p>	<p>Sin información.</p>

Tabla 40. Resumen de casos (continuación)

Casos	Comunidad	Práctica	Resultados
Caso 9. C.S. Loreto-Puntales y Puerta Tierra (Cádiz)	<p>Loreto-Puntales: Barrio cohesionado con grupos activos y bien definidos. Alto nivel de participación comunitaria.</p> <p>Puerta-Tierra: Espacio geográfico más difuso. Menor cohesión social. Movimiento asociativo más escaso.</p>	<p>C.S. Loreto-Puntales: Coordinación de los miembros del equipo de salud. Apoyo a las actuaciones del T.S. Atención integral en salud.</p> <p>C.S. Puerta Tierra: Centro menos innovador y más resistente al cambio. Dificultades de cooperación en el equipo de salud.</p> <p>Programa de atención a personas cuidadoras: Coordinación con agentes sociales.</p>	<p>Resultados concretos en la intervención en casos individuales.</p> <p>Mejora de las relaciones con otros agentes comunitarios.</p>
Caso 10. Distrito Poniente (Almería)	<p>Las Norias, San Agustín: Ausencia de tejido asociativo y escasa participación social. Población inmigrante irregular y reciente. Menor cohesión y SOC.</p> <p>Roquetas de Mar: Elevado asociacionismo entre inmigrantes. Participación en los programas de salud.</p>	<p>Funciones en el distrito: Profesional de apoyo a las ZNTS. Organización de iniciativas de participación ciudadana. Coordinación de los trabajadores de APS. Programas de intervención desde el C.S. con componentes de atención a la diversidad.</p>	<p>Sin información.</p>

En los casos descritos se observan ejemplos de interacción entre el ámbito comunitario y el ámbito organizativo en la implementación de iniciativas de intervención comunitaria en APS. Por ejemplo, en varios casos se describe el proceso de integración general del trabajador social en el contexto organizativo y comunitario del centro de salud. Por otro lado, algunos entrevistados apuntan a la influencia de la capacidad y la preparación de la comunidad junto al

funcionamiento del centro de salud y el rol profesional del trabajador social en la implementación de programas de salud. La participación social y la creación de coaliciones comunitarias juegan un papel importante en la intervención en salud y en el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios. Por otro lado, se le da cierta importancia al papel y al rol que desempeña el trabajador social en los equipos de salud y a la descripción de las demandas organizativas y los recursos existentes en el contexto del centro de salud y su influencia en dicho rol. Finalmente, se describen algunas iniciativas de coordinación entre los trabajadores sociales de una misma zona.

Análisis estructural de los casos

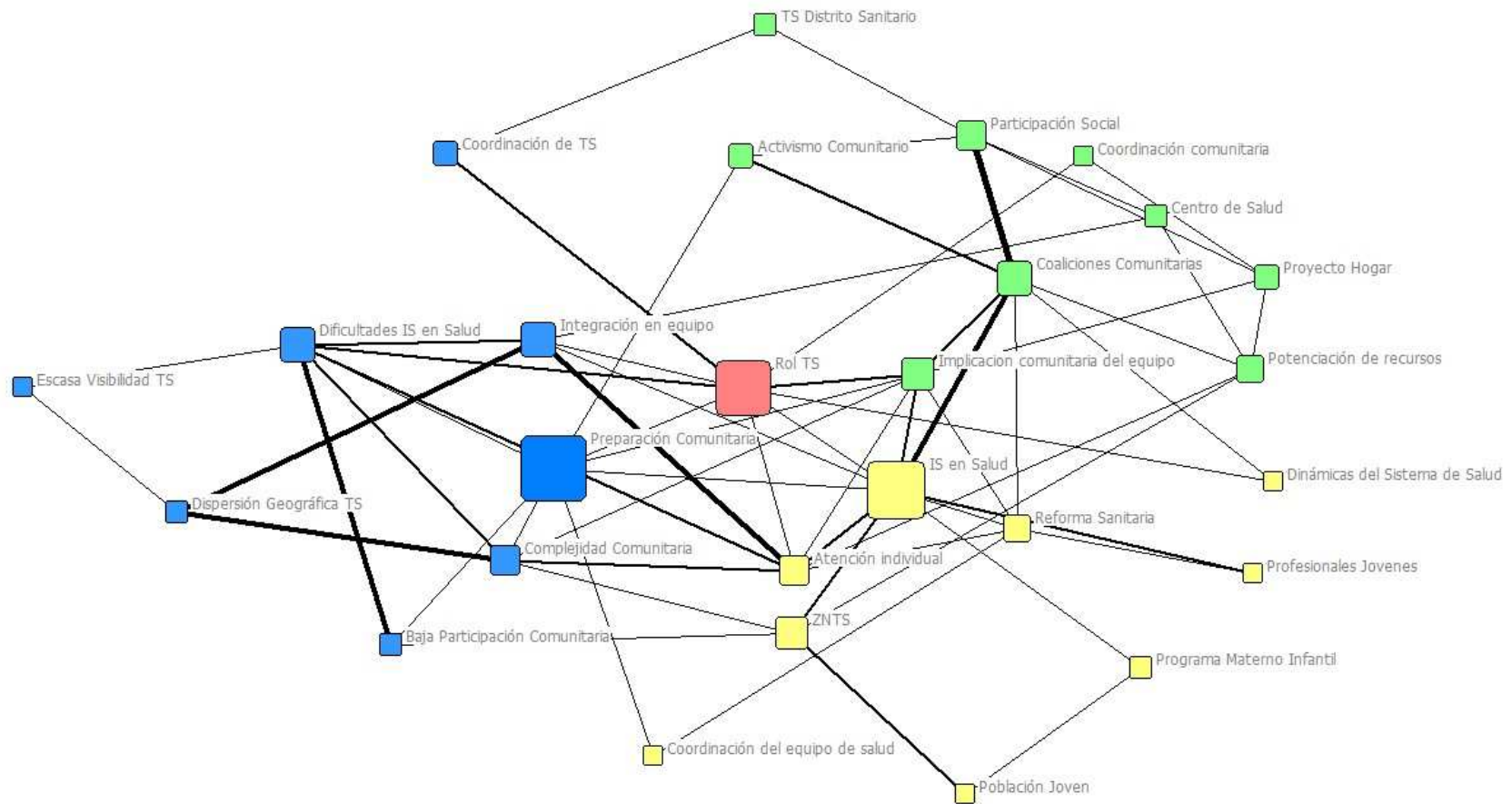
Para llevar a cabo el análisis estructural de la información cualitativa de los casos seguimos un procedimiento dividido en varias fases:

1. En primer lugar identificamos los factores y procesos fundamentales presentes en cada uno de los casos. Para ello se realizó un análisis del contenido de cada entrevista y se elaboró un listado con estos factores.
2. Posteriormente se establecieron las relaciones entre cada uno de los procesos identificados. Como hemos mencionado, el indicador utilizado para determinar la relación entre los procesos fue la vinculación establecida por el informante y su *coocurrencia* en el contexto comunitario y organizativo del mismo. A partir de ello se elaboró la matriz y la red conceptual de cada una de las entrevistas individuales. Se indicó en cada caso la presencia o ausencia de relación entre los nodos (utilizando como puntuaciones 0 y 1).

3. A continuación, se llevó a cabo la integración del conjunto de procesos identificados (nodos de la red) y de las relaciones existentes entre ellos (lazos de la red). Se agregaron aquellos nodos que hacían referencia a los mismos procesos. Por otro lado, se eliminaron los que indicaban las zonas y centros de salud específicos de los informantes entrevistados. Finalmente se sumaron las relaciones entre los nodos de cada caso.
4. Con ello, se elaboró la matriz, y posteriormente la red, del conjunto de casos analizados. El peso de las relaciones dependía de la agregación de las puntuaciones individuales de cada caso.

El gráfico 7 muestra la red conceptual del conjunto de casos analizados. Se han eliminado tanto los nodos aislados (aquellos que no tenían ninguna relación con otros nodos de la red) como aquellos que mantenían sólo una relación con algún nodo de la red. Con ello conseguimos, por un lado simplificar la representación gráfica y por otro identificar los procesos y factores más importantes y centrales en el conjunto de casos analizados. La intermediación (el grado en que cada nodo conecta a otros dos nodos de la red) se representó mediante el tamaño de los nodos, mientras que el peso de las relaciones quedó representado con el grosor del lazo entre los nodos. Finalmente el color de los nodos sirvió para marcar los ámbitos de interacción de los factores identificados (Participación Social en color verde, Sistema Sanitario en color amarillo y Preparación Comunitaria en color azul) junto al papel del trabajador social como agente mediador entre estos espacios (rojo).

Gráfico 7. Red del conjunto de casos



Hay un conjunto de factores y procesos que predominan en el discurso de la mayoría los trabajadores sociales entrevistados. En la tabla 41, podemos ver los 10 nodos con mayor centralidad de grado de la red. También se indican los datos de intermediación de estos nodos.

Tabla 41. Nodos con mayor grado e intermediación

Factores	Centralidad de grado	Intermediación
IS en Salud	14.71	3.39
Rol TS	13.24	3.19
Preparación comunitaria	13.24	4.04
Implicación comunitaria del equipo	11.77	1.20
Atención individual	11.77	0.93
Dificultades IS en Salud	10.29	1.46
Coaliciones Comunitarias	10.29	1.39
Reforma Sanitaria	8.82	0.62
Integración en el equipo	8.82	1.25
Complejidad Comunitaria	8.82	0.91

Los nodos que presentan una mayor centralidad de grado hacen referencia de modo general a tres cuestiones o áreas fundamentales. Por un lado la preparación comunitaria y organizativa para la implementación y los procesos de participación social (coaliciones comunitarias, preparación comunitaria y complejidad comunitaria, entre otros). En segundo lugar, destacan los procesos de intervención social en salud desde la APS. Finalmente, los aspectos relacionados con el rol del trabajador social y su integración en el equipo de salud.

En cuanto a la intermediación, los factores que enlazan en mayor medida diferentes ámbitos en los casos analizados son la preparación para el cambio, la intervención social en salud y el rol del trabajador social. Como veremos a

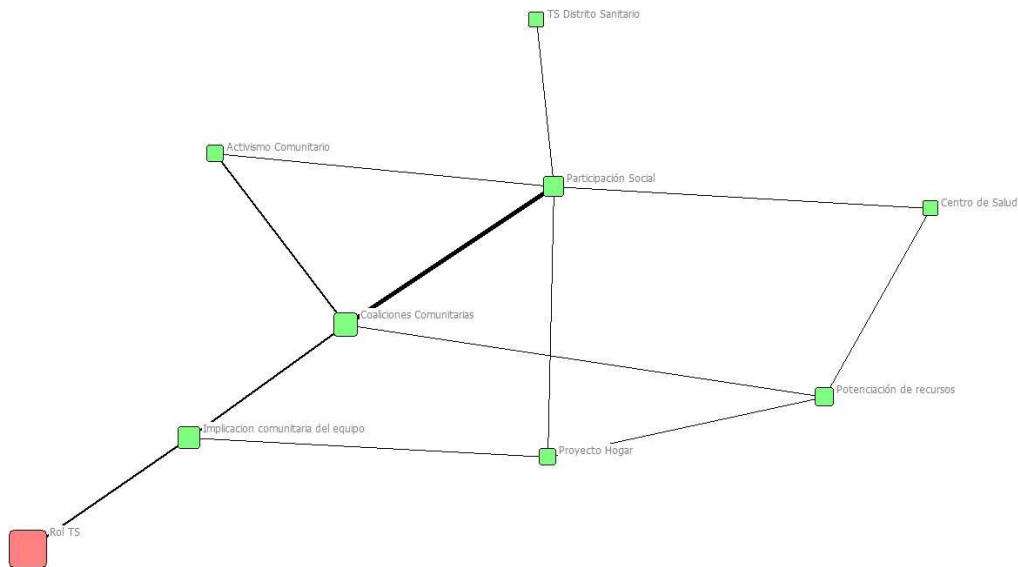
continuación, estos factores actúan como elementos de mediación e interacción entre el contexto del centro de salud, la comunidad a la que pertenece y la implementación de iniciativas sociales.

Tres ámbitos de relación

Como hemos mencionado, los factores identificados se pueden agrupar en tres ámbitos generales en función de la distribución de los nodos de la red, de los vínculos entre los mismos en el discurso de los trabajadores sociales y de su presencia en el contexto profesional de la APS. La agrupación de los nodos en estos tres ámbitos parte de dos criterios fundamentales. En primer lugar, la visualización de la estructura de los nodos y los lazos en la red nos permite distinguir tres zonas que se corresponden con los ámbitos que describiremos a continuación. En segundo lugar, si eliminamos los tres nodos con mayor centralidad e intermediación de la red (IS en Salud, Rol TS y Preparación comunitaria), los tres grupos de nodos que se observan en la representación gráfica, quedan mucho mejor definidos y delimitados.

Un primer ámbito se relaciona con la participación social. Incluye factores como la creación de coaliciones comunitarias, el activismo comunitario y las demandas de intervención, la coordinación comunitaria, la potenciación de recursos comunitarios o la implicación de los miembros del equipo de salud en la comunidad (Gráfico 8).

Gráfico 8. Ámbito de Participación Social



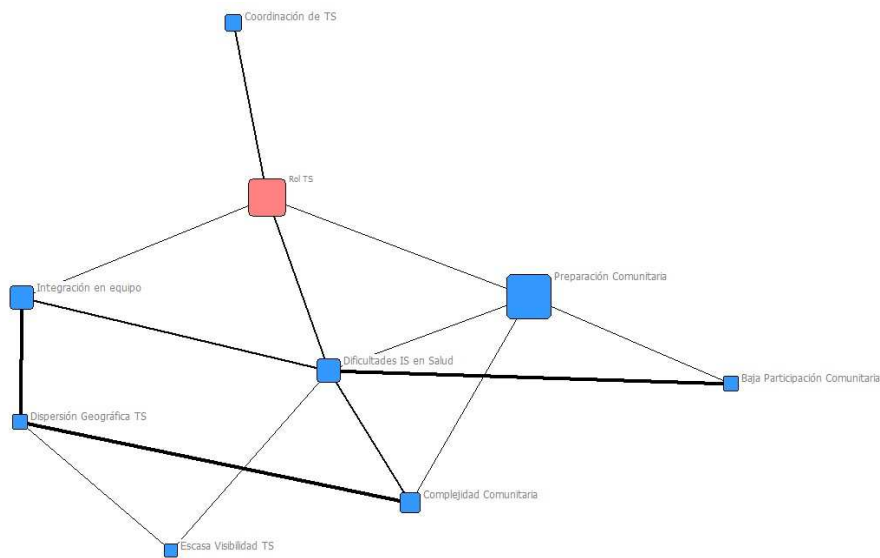
En este caso, la implicación comunitaria del equipo de salud mantiene una relación estrecha con la creación de coaliciones comunitarias como espacios de participación del centro, de los miembros de la comunidad y de otros agentes comunitarios. Como veremos, este tipo de estructuras de mediación comunitaria facilitan el ajuste social de las intervenciones en salud y permiten la potenciación de los recursos de la comunidad. En este caso, el papel del trabajador social puede ser el de la aportación de la perspectiva comunitaria y de promoción de la implicación del equipo en los procesos comunitarios.

Cabe destacar en este ámbito la experiencia del Proyecto Hogar, descrito por la trabajadora social del Centro de Salud Fuengirola Oeste y Los Boliches (Caso 5). Se trata de un ejemplo claro de efectividad en la implementación de iniciativas comunitarias a través de la creación de grupos y coaliciones, la potenciación de los recursos comunitarios y la implicación de los profesionales de los servicios

sociales y de salud. Describiremos de forma detallada esta experiencia más adelante.

Un segundo ámbito guarda relación con la preparación comunitaria (Gráfico 9). Los factores que se incluyen en este ámbito son la propia preparación para el cambio (el nodo con mayor intermediación de toda la red), la integración del trabajador social en el equipo de APS, la dispersión geográfica de sus zonas de trabajo, la complejidad y diversidad comunitarias y las dificultades para desarrollar estrategias de intervención social en salud.

Gráfico 9. Ámbito de Preparación Comunitaria



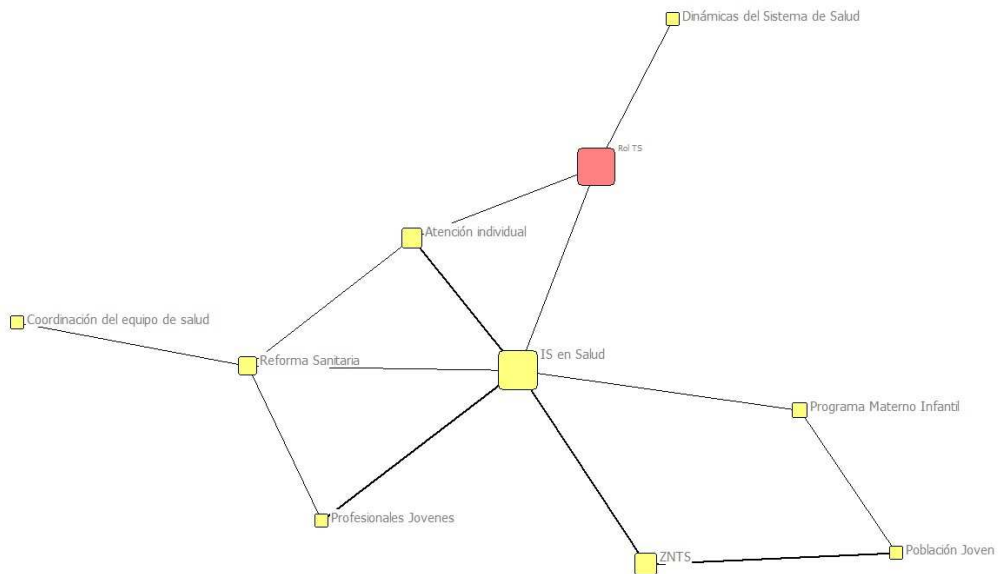
En este segundo caso, se puede observar la relación entre la preparación para el cambio del entorno comunitario y las dificultades en la implementación de iniciativas sociosanitarias. De hecho, la escasa participación social tiene una fuerte vinculación en el gráfico con las dificultades encontradas en la aplicación de estrategias de intervención social en salud. Además, se puede identificar en

parte el impacto que las demandas profesionales, la integración en el equipo de salud y la diversidad comunitaria tienen sobre el rol del trabajador social. Por un lado, hemos visto en el capítulo V cómo una mayor presencia de funciones de atención individualizada se vincula con la integración del trabajador social en el equipo de APS. Ello repercute también en la percepción del apoyo al rol profesional por parte del entorno organizativo. Por otro lado, los trabajadores sociales que se encuentran en más de una zona o centro de salud perciben mayores demandas laborales y mayor sobrecarga del rol. El trabajador social se ve obligado a reducir parte de su actividad profesional a la atención individual a demanda del usuario, debido a las dificultades de adaptación e integración en varios contextos comunitarios y organizativos.

En este caso, el rol del trabajador social está enlazado con la integración en el equipo de salud y con la preparación comunitaria para el cambio. Además, se vincula con las dificultades de intervención comunitaria en salud y con las labores de coordinación del grupo de trabajadores sociales de la zona de salud en que trabajan (y que realizan algunos de los entrevistados).

En tercer lugar, podemos identificar el ámbito de funcionamiento del sistema de salud y los factores organizativos del centro (Gráfico 10). En este caso se incluyen elementos como la reforma sanitaria, los procesos de intervención social en salud, la atención asistencial individualizada, la coordinación del equipo de salud o la gestión administrativa de la intervención sanitaria a través de la creación de ZNTS.

Gráfico 10. Ámbito del Sistema Sanitario



En este ámbito dentro de la red conceptual de los casos, ocupa un lugar central la intervención social en salud. El trabajador social se mueve entre esta y la atención individualizada a demanda del usuario. En este caso, las propias dinámicas del sistema de salud (junto a otros factores) afectan al rol desempeñado por este profesional en el centro de salud.

Análisis cualitativo de los casos

A continuación describiremos algunos de los procesos identificados anteriormente, teniendo en cuenta sus relaciones en el discurso de los trabajadores sociales entrevistados. Apoyaremos la descripción cualitativa de los datos con ejemplos y referencias concretas a los casos analizados.

La integración del trabajo social en el centro de salud y en el entorno comunitario

Las características del entorno comunitario en el que se incluyen los centros de salud influyen de forma decisiva en el tipo de intervención sanitaria y en las estrategias de intervención social en salud desarrolladas por el trabajador social. La interacción del entorno con el funcionamiento organizativo y el rol de los profesionales de APS, determina el perfil de intervención que se adopta desde el centro. Por otro lado, es importante tener en cuenta el momento histórico, los cambios a medio y largo plazo, la evolución del entorno comunitario y su impacto sobre el centro de salud.

También hay que considerar la capacidad de adaptación del centro y sus profesionales a las circunstancias existentes en cada momento. Por ejemplo, la estabilidad en el tiempo de las características fundamentales de la zona de trabajo, permiten mantener un patrón homogéneo y continuo de intervención. Ello facilita además la evaluación de los resultados a medio y largo plazo y la modificación de las actuaciones en función de estos resultados. Por ejemplo, las zonas en las que desarrolla su actividad profesional la trabajadora social del Centro de salud El Palo (Caso 4) no han cambiado mucho sus características a lo largo del tiempo (salvo un ligero aumento de la población inmigrante). Ello le ha permitido desarrollar actividades e iniciativas con continuidad en el tiempo como talleres (Escuela de Envejecimiento Activo, Talleres de Habilidades Sociales para Mujeres, Talleres de Relajación) o programas de promoción de la salud (como el

Forma Joven). Además, ha podido mantener un patrón similar de intervención social en salud desde el centro.

Por otro lado, existen contextos comunitarios con un mayor nivel de complejidad que otros, lo que influye igualmente en los procesos de implementación. Por ejemplo, las zonas con necesidades de transformación social (ZNTS) suelen tener una mayor diversidad de poblaciones con necesidades y problemas sociales concretos (exclusión y marginación social, problemas de salud, dificultad de acceso a servicios). Además, implican la existencia de múltiples iniciativas de intervención desde las organizaciones y los agentes sociales. La declaración de una zona como ZNTS, conlleva la aparición de nuevos recursos, lo que aumenta la presencia de estas iniciativas de intervención que parten de las organizaciones y agentes sociales. Por ejemplo, ello ha ocurrido en el caso de la zona de Las Palmeras en Córdoba, dependiente del Centro de Salud Occidente “Azahara” (Caso 2). La declaración del barrio como ZNTS, ha hecho que la trabajadora social tenga que aumentar sus esfuerzos de coordinación con otras organizaciones, como los centros educativos o los servicios sociales. Otro ejemplo es el del barrio de La Magdalena (Caso 1), en Jaén, también declarada como ZNTS. En esta zona, con mayoría de población de etnia gitana, los problemas se relacionan principalmente con las deficiencias sociosanitarias (vacunación infantil, alta en la seguridad social, maternidad en adolescentes, etcétera). En esta zona, la trabajadora desarrolla un rol más proactivo, de intervención y coordinación comunitarias. Por ejemplo, está organizando un consejo de participación ciudadana, en la que contarán con las organizaciones del barrio, como la asociación de mujeres gitanas Sinando Kalí.

Por otro lado, el aumento de la oferta de recursos y ayudas a la población en estas zonas, en el contexto de un sistema de atención a demanda (tanto en los servicios sanitarios como sociales), puede conllevar una cierta dependencia de los usuarios de estas ayudas y de las organizaciones que las conceden. Ello afectará de forma negativa al propio desarrollo comunitario, frenando en parte la participación social, la capacitación comunitaria y la potenciación de los propios recursos. En el caso mencionado de La Palmera, han aumentado de hecho las posibilidades de recibir ayudas y recursos, lo que hace temer a la trabajadora social del centro de salud que se produzca esta situación de dependencia por parte de los usuarios. Otro ejemplo de ello son los barrios de Santa Cruz y de San Clemente en Huéscar (Granada). La trabajadora social del centro de salud adscrito a estas zonas (Caso 3), afirma, que si bien es cierto que la declaración como ZNTS ha conllevado el aumento de oportunidades de intervención desde el centro de salud en el entorno comunitario, también ha provocado con el tiempo una mayor dependencia de los recursos y una menor participación y motivación para el cambio entre la población.

En este sentido, es necesario aumentar los esfuerzos de coordinación en la implementación de iniciativas desde las organizaciones comunitarias. Además, los profesionales implicados deben mejorar su conocimiento de las características y particularidades del entorno comunitario para garantizar la efectividad de las iniciativas implementadas.

Preparación comunitaria para el cambio

La propia capacidad de movilización y de toma de conciencia de los problemas del entorno comunitario, determina en ocasiones el tipo de intervención que realiza el trabajador social. Hemos visto que los entornos con una mayor participación y movilización de sus miembros, se corresponden con profesionales más implicados, que aplican programas sociosanitarios y que cuentan con la participación del usuario en estas actividades. Por ejemplo, la trabajadora social del Centro de Salud La Magdalena (Caso 1), se encuentra con realidades diferentes en cada una de las zonas en las que trabaja. La Guardia es una zona rural con escasos recursos comunitarios. En esta zona, la trabajadora social no dispone de acceso al registro de usuarios ni despacho propio. De este modo, limita su actividad profesional a la atención individual a demanda de los usuarios. Por otro lado, la zona ya mencionada de La Magdalena, cuenta con mayores recursos y hay mayores oportunidades de intervención comunitaria. En esta zona, realiza actividades profesionales más relacionadas con la intervención, la comunicación y la sensibilización social.

En este sentido, el tipo de problemas sociales existentes puede demandar un perfil de intervención concreto por parte del trabajador social. Por ejemplo, las zonas en las que existen pocos recursos y una escasa movilización social, pueden requerir una relación más directa con el usuario. En este caso, la creación de estructuras mediadoras con el centro de salud, como programas sociales de prevención y promoción de la salud o las coaliciones o comisiones de salud, pueden encontrarse con dificultades de implementación en determinadas zonas. Las zonas en las que

no existe un tejido asociativo adecuado, en el que el activismo social y la demanda de recursos son bajos y donde no hay un buen nivel de participación social, pueden no estar preparadas para la implementación de estos recursos de coordinación y colaboración. Por el contrario, las zonas en las que la participación es elevada y existen un buen nivel de cohesión social, pueden facilitar la efectividad de programas de promoción o la coordinación interorganizativa entre agentes comunitarios. En el primer caso, la ausencia de participación ciudadana se suple con una mayor implicación del profesional y un mayor control de todo el proceso de implementación.

Por ejemplo, la trabajadora social del centro de salud Occidente “Azahara” (Caso 2), ha aplicado diferentes estrategias de intervención en función de la evolución de las características de las zonas en las que ha desarrollado su actividad profesional. En la zona de El Higuero organizó un consejo de salud, en el que participaron activamente la AMPA, las asociaciones de vecinos, los centros educativos y el centro de salud. Esta coalición implementó programas de promoción de la salud y participación social. Coincidiendo con el declive de la iniciativa y el descenso de la participación, se implicó de forma más directa (al menos inicialmente) en la implementación del programa Forma Joven en los centros educativos. En este caso, ejercía un mayor control en el desarrollo, implementación y evaluación de las actividades del programa.

Comisiones y coaliciones de salud

Como hemos visto, la creación de estructuras mediadoras entre los servicios sociales y de salud y el entorno comunitario, facilita la canalización de la

participación de la comunidad en la implementación y el desarrollo de iniciativas de intervención. Las coaliciones comunitarias cumplen, entre otros, este papel de estructura mediadora o de acceso de los miembros de la comunidad a los servicios y programas. Las coaliciones comunitarias son alianzas o grupos de trabajo cooperativo entre organizaciones y agentes comunitarios, aunque con unos objetivos comunes de intervención. En general, están centradas en la resolución de problemas sociales concretos (Butterfoss, Goodman & Wandersman, 1993; Chavis, 2001).

El éxito en la organización de comisiones o coaliciones de salud en el entorno comunitario, depende en gran medida de las propias características de dicho entorno. Para Wolff (2001), la preparación comunitaria influye en la efectividad de estas coaliciones o comisiones. En nuestro caso, hemos visto cómo un entorno comunitario en el que sus miembros (a) están concienciados de los problemas que les afectan, (b) participan en los procesos de toma de decisiones y (c) existe un elevado sentido de comunidad, es un entorno adecuado para la implementación de comisiones de salud. Por ejemplo, la trabajadora social de los Centros de Salud Fuengirola Oeste y Los Boliches (Caso 5), describe su experiencia en una iniciativa de participación ciudadana en una zona con elevados niveles de exclusión social como Palma Palmilla, denominada “Proyecto Hogar”. Esta iniciativa incluía la creación de comisiones entre varios agentes comunitarios para realizar evaluaciones de necesidades y problemas sociales y plantear iniciativas para hacer frente a estas necesidades y problemas. En este sentido, las propias características del entorno facilitaron la implementación de este programa:

- a. La iniciativa se originó en parte desde del propio contexto comunitario, lo que explica el elevado nivel de motivación y participación de sus miembros.
- b. El interés de un conjunto de agentes sociales por plantear soluciones conjuntas a los problemas de la zona, complementó la motivación y la movilización de la comunidad y facilitó el proceso de implementación de esta iniciativa.
- c. El hecho de que la iniciativa planteada en Palma Palmilla aglutinara la mayoría de los recursos de intervención existentes en aquel momento, evitó los efectos negativos de lo que Wolff (2001) denominó “*overcoalitioned communities*”. Se trata de un efecto similar al del aumento de complejidad observado en las ZNTS.
- d. El *Proyecto Hogar* planteó además la búsqueda de líderes formales e informales que jugaran un papel importante en la movilización y promoción de la salud en la zona. En este sentido, para Wolff (2001), la participación de los líderes comunitarios conlleva el aumento de la motivación y de la amplitud de visión en la creación de las coaliciones comunitarias.

Por otro lado, el momento histórico en el que se encuentre el entorno comunitario influye también en el éxito, los objetivos y los componentes de las coaliciones o comisiones de salud. Por ejemplo, en el caso del barrio de El Palo (Caso 4) se creó una comisión de salud en los inicios de la reforma sanitaria, donde participaron la asociación de vecinos, la asociación de comerciantes, la asociación de mayores,

los centros educativos y los profesionales del equipo de salud. Los objetivos de esta comisión eran la organización y el desarrollo inicial del centro de salud. En otros casos, como el de la trabajadora social del Centro de Salud La Magdalena (Caso 1), la decisión de crear un consejo de participación ciudadana se toma una vez que se han consolidado los contactos y las colaboraciones con otras asociaciones y líderes comunitarios por separado. En este caso, se trata de pasar de colaboraciones puntuales y en respuesta a las demandas a una colaboración mantenida en el tiempo con objetivos a medio y largo plazo y en respuesta a las necesidades identificadas en la población.

La influencia del momento histórico en que se encuentre el contexto comunitario y organizativo, es determinante también para la implementación de iniciativas sistemáticas de colaboración comunitaria. En el caso de Palma Palmilla, la creación de una coalición de salud responde a la movilización y la conciencia de las necesidades existentes previamente en la comunidad. En este sentido, la participación de las organizaciones y los agentes comunitarios tendrá como objetivo inicial canalizar y sistematizar esta participación. En el caso de los centros de salud de El Palo y La Magdalena, el control del proceso de implementación de las coaliciones de salud parte del propio centro de APS y los profesionales que lo forman. Se trata de sensibilizar e informar a la población de un proceso de reforma de servicios, en un contexto con escasa experiencia de participación social y en el que los objetivos están dirigidos inicialmente por las necesidades organizativas.

El rol del trabajador social en el equipo de salud

Estas características organizativas y grupales del centro de salud y del equipo de APS, influyen también en el desarrollo del rol y en la implementación de iniciativas sociosanitarias por parte del trabajador social. Al igual que en el caso del entorno comunitario, el momento histórico en que se encuentre el centro de salud determina la integración del trabajo social en su dinámica de funcionamiento. Por ejemplo, parece que inicialmente, las propuestas de la reforma sanitaria de 1984, tuvieron un reflejo claro en el funcionamiento de los centros y los equipos de salud. Estos eran más proclives a la implementación de programas, iniciativas y estrategias de atención al usuario que incorporaran componentes psicosociales en el tratamiento de la enfermedad. Como hemos visto, este proceso es apuntado por diversos trabajadores sociales como los de los centros de salud de Occidente “Azahara” y El Palo, en los que la integración del trabajador social en equipos de salud con profesionales jóvenes y con un elevado nivel de motivación, facilitó la implementación de programas sociales de prevención y promoción de la salud y del tratamiento integral de la enfermedad.

La trabajadora social del Centro de Salud de Montequinto (caso 7), apunta igualmente que, con el tiempo, esa motivación inicial y la perspectiva biopsicosocial en el tratamiento de la enfermedad, se pueden ir diluyendo. Influyen en ello las barreras organizativas, como la falta de recursos en el centro de salud, la falta de claridad de rol en algunos profesionales o la sobrecarga asistencial debido al exceso de demanda de los usuarios. Por ejemplo, hemos visto cómo algunos trabajadores sociales entrevistados llevan más de un centro o zona

de salud, lo que eleva el nivel de demanda que tienen estos profesionales. Ello afecta al tipo de atención que pueden ofrecer y explica en parte la adopción en algunos casos de un modelo de captación pasiva, burocratizado y de perfil biomédico y asistencial en la intervención con los usuarios. Por otro lado, es probable que también influya la propia dinámica institucional de los servicios sanitarios, que se orientan inicialmente a la asistencia individual y al ofrecimiento de tratamientos y recursos puntuales a demanda del usuario.

Por otro lado, como apunta el trabajador social del centro de salud Los Marqueses, en Linares (Caso 8), aunque es cierto que la dinámica organizativa de los centros de salud gira en torno a las consultas individuales a demanda, este tipo de atención no siempre implica necesariamente una intervención de corte asistencial. Como afirma Abreu (2009), la función de gestión de casos debe contar con una perspectiva psicosocial en la intervención en las necesidades individuales del usuario.

Por otra parte, en ocasiones el trabajador social puede ejercer un papel de dinamización del equipo de trabajo, junto a una cierta labor de concienciación de la importancia de los factores sociales en la atención sanitaria al usuario. De hecho, es el propio trabajador social el que debe explicitar adecuadamente sus funciones al resto del equipo. Es decir, la definición del rol profesional es una responsabilidad también del trabajador social dentro del equipo de salud. Como afirma el trabajador social del Centro de Salud Loreto Puntales y Puerta Tierra (Caso 9), es necesario recuperar el lenguaje, las estrategias y la metodología del trabajo social en salud, diferenciándolo del lenguaje estrictamente sanitario o

estrictamente comunitario, además de mantener la propia identidad como colectivo profesional dentro del sistema sanitario.

Demandas, recursos y barreras del entorno organizativo

En algunos de los casos descritos, la situación profesional dificulta el desarrollo de un modelo de intervención social en salud y restringe en gran medida el rol del trabajador social a la atención a demanda del usuario. De hecho, en cierto modo, la asimilación del modelo médico de intervención por parte del trabajador social, puede servir como elemento amortiguador de estas demandas en las situaciones de inclusión en más de un equipo, zona o centro de salud. En este sentido, como hemos observado, la percepción del apoyo a la innovación en el centro de salud se explica por la satisfacción de las necesidades por parte del entorno organizativo y por una mayor frecuencia de atención individualizada. Parece que una mejor integración en el equipo de salud, junto a una mayor asimilación del modelo biomédico por parte de los trabajadores sociales, atenúa la percepción de que el entorno no apoya el desarrollo de su rol profesional.

Por ejemplo, la trabajadora social de Huéscar (Caso 3), trabaja en varias zonas que dependen del mismo centro de salud (Huéscar, La Puebla de Don Fadrique, La Galera y Orce). En principio solía repartir el tiempo de trabajo entre las diferentes zonas, tratando de desarrollar iniciativas de intervención adaptadas a cada una de ellas. Sin embargo, debido a las dificultades y a la sobrecarga que suponía, tuvo que restringir la intervención en el contexto comunitario al núcleo de Huéscar. Actualmente, en el resto de zonas, su atención es a demanda del usuario, y sólo acude a ellas cuando existe un número suficiente de estas. Ello le ha permitido

reducir el número de barreras y dificultades en su actividad profesional en el centro de salud.

Por otro lado, muchos de los recursos disponibles en el centro de APS están adaptados en mayor medida a una asistencia sanitaria individualizada que al ofrecimiento de recursos sociosanitarios y comunitarios. Este es el caso del sistema de registro de la historia clínica del paciente (DIRAYA). Aunque es cierto que permite incluir aspectos sociales de la enfermedad, algunos trabajadores sociales, como la del Centro de Salud Montequinto (Caso 7), admiten que no facilita la evaluación de medidas comunitarias o intervenciones sociales en salud (como por ejemplo, programas de prevención en centros escolares, talleres grupales, etcétera) y que está más orientado a la cuantificación de las intervenciones individuales en consulta.

La coordinación de los trabajadores sociales de APS

Lymbery & Millward (2002) apuntan que la situación de los trabajadores sociales en los servicios de APS puede conllevar cierta desconexión del propio contexto organizativo y del resto de profesionales del equipo de salud. Como hemos mencionado, el trabajador social del centro de salud Loreto-Puntales (Caso 9), afirma que los trabajadores sociales deben tratar de mantener su propia identidad profesional en un contexto netamente sanitario y asistencial. Sin embargo, ello puede quedar dificultado por su escasa presencia en el sistema de salud (menos de un trabajador social por centro de APS) y su escasa participación en los procesos de toma de decisiones en el contexto sanitario.

En este sentido, algunos trabajadores sociales entrevistados realizan tareas de coordinación del resto de profesionales que están en los centros de salud de su zona. Por ejemplo, la trabajadora social del Centro de Salud San Pablo (Caso 6) actúa como coordinadora del grupo de trabajadores sociales del Distrito Sanitario de Sevilla Capital, mientras que la trabajadora social del Centro de Salud de Montequinto, es coordinadora de los trabajadores sociales del Distrito Sevilla Sur. En ambos casos, la función de coordinación se hace de modo informal, ya que desde la administración se establece una figura de coordinación en el distrito que en la mayoría de los casos no pertenece a este grupo profesional. Las labores de coordinación que realizan estas trabajadoras sociales tienen relación con el planteamiento de pautas y objetivos comunes de intervención, teniendo en cuenta las diferencias en las características y funcionamiento de los contextos organizativos y comunitarios de cada centro de salud. De este modo, se trata de homogeneizar las estrategias de actuación en APS. Además, plantean actuaciones y programas conjuntos entre varios centros, de modo que se puedan combinar los recursos de cada uno de ellos. Por otro lado, se ponen en común las dificultades y las barreras que tiene cada profesional en su centro, para que se puedan ofrecer soluciones desde la perspectiva de otros trabajadores sociales. Finalmente, esta figura de coordinación realiza tareas de visibilización de la labor del trabajo social en APS y trata de recoger y presentar las reivindicaciones y las solicitudes que provengan de este colectivo en la zona de salud correspondiente.

Experiencias de intervención social en salud

Además de las experiencias concretas que hemos visto, los participantes describen otros programas y actividades de intervención en el entorno comunitario.

Por ejemplo, en algunos casos se organizan actividades de intervención fundamentalmente grupales, como los talleres de envejecimiento activo con personas de la tercera edad o las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales con mujeres, ambos implementados por la trabajadora social del Centro de Salud El Palo (Caso 4). Algunas de estas actividades de intervención grupal se realizan en colaboración con otras entidades o agentes comunitarios, como el programa de atención temprana que lleva a cabo la trabajadora social del Centro de Salud de Huéscar (Caso3) junto a la Asociación Aspadisse. En otros casos, se proponen actividades de intervención psicosocial con usuarios en la atención individual. Es el caso del trabajador social del Centro de Salud Loreto-Puntales (Caso 9) que ha organizado un programa de atención y apoyo emocional a mujeres cuidadoras.

La colaboración en la organización e implementación conjunta de actividades en el entorno comunitario, es una característica fundamental del rol que desempeña el trabajador social en APS. Ello se observa por ejemplo en el programa Forma Joven, que incluye actividades de atención individual y grupal con jóvenes en prevención del consumo de drogas, educación sexual o promoción de conductas saludables. Este programa funciona como un espacio de colaboración del centro de salud con otras organizaciones comunitarias como los centros escolares, los centros de drogodependencias municipales y comarcales y los servicios sociales comunitarios. Es aplicado por ejemplo por la trabajadora social del Centro de

Salud de Huéscar (Caso 3) o la trabajadora social de Centro de Salud Occidente “Azahara” (Caso 2).

Finalmente, las características del contexto comunitario determinan el tipo de programas que se aplican desde el centro de salud y los objetivos específicos de intervención. Por ejemplo, en el caso de la trabajadora social del Distrito Poniente en Almería (Caso 10), la mayoría de los programas aplicados tienen en cuenta la atención a la diversidad étnica y cultural de la población. Es el caso de las iniciativas específicas para población inmigrante, como la intervención con mujeres subsaharianas prostitutas o las visitas domiciliarias a mujeres inmigrantes para impartir sesiones de planificación familiar. Pero también ocurre con programas dirigidos a la población general, como la intervención sociosanitaria con población infantil en guarderías, que tiene objetivos de atención a niños inmigrantes, debido a su elevada presencia en los centros.

Recapitulación y resumen

Los factores organizativos y comunitarios interactúan en la implementación de iniciativas de intervención social en salud. El nivel de complejidad del entorno comunitario (problemas y necesidades comunitarias, número de iniciativas y organizaciones sociales, nivel de participación y movilización, diversidad social, cultural o económica, etcétera) junto a la implicación y el rol desempeñado por el trabajador social de APS, determina la calidad de la intervención y la efectividad de la implementación de iniciativas de atención comunitaria en salud.

La intervención en salud depende en gran medida del contexto social. Cada centro de salud se ubica en un entorno poblacional diferente, e incluso de algunos centros

dependen varias zonas con unas características y una composición diversas. Por ejemplo, barrios envejecidos requerirán de estrategias de intervención diferentes que responderán a necesidades de salud específicas (como la atención a la dependencia o las enfermedades crónicas), mientras que barrios con un elevado índice de población joven inmigrante, requerirán de otro tipo de actuaciones (como la atención a la diversidad y la planificación familiar). En contextos bien delimitados y con grupos de población definidos y homogéneos, la intervención puede ser de carácter más global y es posible plantear la continuidad de las actuaciones, sobre todo cuando las condiciones sociales son estables en el tiempo. Por el contrario en entornos comunitarios complejos, con una gran diversidad poblacional, con varias organizaciones implicadas en la intervención en las mismas necesidades y problemas, puede ser útil mantener un cierto grado de especialización profesional. En estos casos, será necesario centrar los recursos existentes en determinadas necesidades, problemas o demandas de los usuarios, y mantener un buen nivel de coordinación con los agentes comunitarios.

Los centros de salud son organizaciones abiertas, que están en interacción constante con su entorno comunitario. El momento histórico en que se encuentren tanto el centro de salud como el contexto comunitario, definirán el tipo de intercambio que se produzcan entre ambos. Por ejemplo, la reforma sanitaria proporcionó inicialmente el impulso en el sistema sanitario para la atención a los factores sociales en la intervención en salud. En algunos casos se crearon estructuras de participación comunitaria, como las coaliciones, que funcionaron como espacios de interacción entre ambos y como estrategia de sensibilización y concienciación del cambio. En este contexto, la escasa preparación de la

comunidad (falta de historia previa de intervención, ausencia de conciencia de la importancia de los factores sociales de la enfermedad, falta de experiencia de participación comunitaria, etcétera) hacía que el control profesional del proceso de intervención sea fundamental.

Finalmente, el trabajador social ejerce un papel de conexión entre el centro de salud y las dinámicas comunitarias. Las características de su rol profesional ponen el énfasis en la identificación de necesidades sociales, el ajuste de la intervención y la implementación de iniciativas de promoción y potenciación comunitaria. Ello le permite actuar como mediador entre el equipo de salud y la comunidad, gestionando los espacios de participación, canalizando las estrategias de intervención en salud desde el equipo y ajustando estas intervenciones a las características comunitarias y a su nivel de preparación para el cambio.

En cuanto a las limitaciones y perspectivas futuras de investigación, sería de interés profundizar en el análisis estructural del discurso de los trabajadores sociales de APS apuntado en el presente estudio. Igualmente, la visualización de los resultados de las redes conceptuales obtenidas por parte de los entrevistados, podría ayudar en la interpretación de los resultados, además de dotar de mayor validez a los resultados obtenidos. Finalmente, en futuros estudios sería deseable ampliar la muestra de informantes, incluyendo además a otros profesionales del sistema sanitario de modo que los resultados obtenidos permitan obtener conclusiones de mayor alcance.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

En esta tesis doctoral hemos analizado la interacción entre el contexto comunitario, la práctica profesional y la efectividad de la implementación de iniciativas sociales.

Hemos presentado tres estudios cuyos objetivos y resultados se encuentran interrelacionados. En primer lugar, evaluamos la preparación para el cambio en los contextos de la APS en Andalucía. En este caso, hemos encontrado tres perfiles de preparación comunitaria que se basan en la interacción de la comunidad y el centro en la intervención en salud en APS. Para ello, se diseñó y se aplicó un instrumento de evaluación en un grupo de trabajadores sociales.

En segundo lugar, hemos analizado el rol del trabajador social en la APS y el proceso de integración en el equipo de salud. De este modo, obtuvimos una descripción precisa del papel que desarrolla el trabajador social en el equipo de salud y de los procesos que median en su integración en la dinámica organizativa y comunitaria en APS. En este caso, se eligió el centro de salud como unidad de análisis y utilizamos a diferentes informantes clave dentro de los mismos equipos de salud.

Finalmente, evaluamos la interacción entre el contexto comunitario de intervención, las características organizativas del centro de salud y la práctica profesional del trabajador social. Para ello utilizamos el análisis de caso, mediante

el que describimos un conjunto de *microprocesos* que ejemplifican la relación entre la comunidad y la práctica, y su impacto en término de resultados.

La preparación comunitaria en la intervención social

El concepto de preparación comunitaria refleja la interacción existente entre los procesos comunitarios y organizativos y su impacto sobre la efectividad de la implementación de iniciativas sociales.

Los tres perfiles de preparación para el cambio encontrados reflejan claramente esta contingencia entre el contexto comunitario y la intervención sociosanitaria. El perfil comunitario se relaciona con una mayor preocupación por el ajuste comunitario y es más frecuente en contextos con mayores problemas sociales y menor participación. Por tanto, en este caso se plantea la intervención como respuesta a la falta de movilización social y se pone un mayor énfasis en el proceso de intervención, por encima a veces de los resultados y el impacto de los programas. El perfil técnico es más frecuente en entornos estables, con un mayor nivel de movilización y estructuración social. Se ejerce un mayor control profesional sobre el proceso de intervención y es mayor el énfasis en la calidad de la implementación y en los resultados finales. El perfil biomédico se relaciona con estrategias menos efectivas de intervención. En este caso no se produce el ajuste del contexto organizativo y el contexto comunitario en el proceso de aplicación de programas sociales. Este último perfil se puede relacionar con problemas de funcionamiento en el centro de salud y con contextos con poca conciencia de necesidades o problemas.

La preparación para el cambio social de los entornos comunitarios y organizativos proporciona una perspectiva histórica, dinámica e interactiva de los procesos de implementación de programas sociales. En primer lugar, es fundamental tener en cuenta el momento en que se encuentre el contexto de intervención. Es decir, no es sólo necesario contar con las características actuales de la comunidad, del centro de salud o del equipo de APS; también habrá que tener en cuenta la experiencia previa de intervención, la evolución de los procesos de participación y movilización social y la formación o la relación entre los miembros de los equipos de salud. Además, habrá que considerar la tendencia futura de los procesos sociales y la actitud hacia el cambio de los miembros de la comunidad y de la organización. Finalmente, la preparación comunitaria, más que una característica específica y concreta de los entornos sociales, es el resultado de la interacción entre diversos procesos comunitarios, como la participación social, la capacidad comunitaria, la implicación y el liderazgo de los agentes sociales, la colaboración y las redes sociales de intercambio o los procesos internos de las organizaciones comunitarias.

El rol profesional y el contexto organizativo en intervención social

Esta interacción entre procesos comunitarios y procesos organizativos influye claramente en el desarrollo del rol profesional del trabajador social en APS. Las dinámicas organizativas y las demandas del contexto de trabajo determinan las características de la integración del trabajador social en el equipo de salud.

En general, el trabajador social de APS tiende a centrar su intervención en la atención a demanda del usuario. Por otro lado, destaca su papel de coordinación

con otros agentes sociales y su aportación de funciones de mediación entre el equipo de salud y el contexto comunitario. De hecho, podemos decir que la APS es un contexto exigente para el desarrollo de estrategias de intervención comunitaria en salud. En este sentido, algunos de los centros participantes en los estudios, carecen de la cultura de salud comunitaria planteada en la reforma sanitaria de 1984.

Por otro lado, las expectativas que otros profesionales puedan tener acerca de su rol en el centro de salud, influyen en el tipo de actividades que terminarán desempeñando. Los trabajadores sociales que realizan principalmente una intervención de carácter individual y que tienen menores demandas del contexto de trabajo, perciben un mayor apoyo a su práctica profesional por parte de la organización. Es decir, el ajuste al modelo de atención sanitaria predominante permite una mejor acomodación en el equipo de salud. Como afirman Morrisey et al. (1997) la falta de ajuste entre los objetivos organizativos e institucionales y la intervención profesional, puede llegar a ser una barrera para la transferencia de resultados al contexto comunitario.

Las demandas del contexto comunitario también influyen en el tipo de funciones desarrolladas por el trabajador social y en su relación con el resto del equipo. Un entorno complejo, con grupos poblacionales diversos y varias zonas de intervención, puede representar elevadas demandas para el trabajador social. En este caso, puede ser difícil optar por un papel proactivo en la búsqueda e identificación de necesidades sociales y en la intervención en salud. La atención individual al usuario atenúa el exceso de demandas del contexto, al permitir la

adopción de un papel pasivo en su captación y en la aplicación de actuaciones concretas e individuales en el contexto de la intervención en consulta.

Tabla 42. Principales resultados y conclusiones

<p>Estudio I. Preparación comunitaria en APS</p> <p>Tres perfiles de preparación comunitaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil Comunitario. 2. Perfil Técnico-asistencial 3. Perfil Biomédico. <p>Perspectiva histórica e interactiva en la descripción de la práctica de intervención comunitaria</p> <p>Evaluación en perfiles antes que en niveles o etapas de preparación</p>
<hr/> <p>Estudio II. Contexto organizativo y rol profesional del trabajador social</p> <p>Rol profesional del TS: atención individualizada y a demanda. Coordinación y mediación comunitaria</p> <p>Alta percepción de demandas del contexto de trabajo y menores oportunidades de innovación en el centro de salud por parte del TS</p> <p>Integración en el equipo de salud como estrategia de afrontamiento de las demandas laborales</p>
<hr/> <p>Estudio III. Intervención comunitaria en salud: casos de estudio</p> <p>Interacción de los factores organizativos y comunitarios en la implementación de iniciativas de intervención comunitaria</p> <p>Centros de salud como organizaciones abiertas en interacción con la comunidad</p> <p>Importancia de las estructuras de mediación y participación comunitaria entre el centro y la comunidad (coaliciones comunitarias)</p>

Comunidad, práctica y resultados en la intervención social

A continuación partiremos del esquema del modelo propuesto por Wandersman et al. (2008) para plantear estrategias generales de mejora de la transferencia de resultados, a partir de los resultados obtenidos y en el contexto de la intervención desde los centros de APS. En el capítulo II, hemos visto cómo el modelo de

interacción entre sistemas de prevención (Wandersman et al., 2008) hace referencia a los procesos fundamentales que se relacionan en la implementación de iniciativas en el entorno comunitario. De acuerdo con ello, puede ser adecuado proporcionar, a los equipos de salud, modelos teóricos de intervención adaptados a las características históricas del entorno comunitario y al funcionamiento interno del centro de APS. Además, la creación de redes de colaboración entre agentes comunitarios y equipos de salud permitiría el intercambio de información y de buenas prácticas (*Modelo de Síntesis y Traslación de la Prevención*). Por otro lado, el fomento en los centros de una cultura de salud comunitaria, mediante la asistencia técnica y la formación (por ejemplo, con iniciativas de entrenamiento específicas a los profesionales en intervención comunitaria, la difusión de información sobre resultados de intervención en otros contextos o sobre los roles profesionales), facilitaría la integración del rol del trabajador social en la dinámica del centro. Ello permitiría también la inclusión de las estrategias de intervención social en salud en la práctica profesional de todo el equipo de APS (*Modelo de Apoyo a la Prevención*).

Finalmente, la interrelación entre los factores individuales, organizativos y comunitarios influye en la efectividad de la implementación (*Sistema de Desarrollo de la Prevención*). Las características personales (como la formación y la experiencia previas) y las relaciones profesionales dentro del equipo de trabajo, determinan la dinámica de trabajo desde el centro de salud. Por otra parte, la implicación profesional en la organización, la sistematización del proceso de intervención y su convergencia con los objetivos organizativos, permiten la obtención de resultados satisfactorios. Por último, la intervención debe ser

contingente a las características y a la evolución de la comunidad, y debe tener en cuenta la participación social y la potenciación de los recursos sociales. Ello facilita la adopción del cambio por parte del contexto comunitario.

En definitiva, la práctica profesional y la implementación de iniciativas sociales y su relación con el contexto comunitario, hacen referencia en último término a la transferencia de resultados de la ciencia a la práctica en la intervención social. En la introducción hemos hablado de la necesidad de contar con estrategias para mejorar dicha transferencia y aumentar la efectividad de los programas sociales. En este sentido, contar con modelos teóricos que guíen la identificación de necesidades y el diseño de programas e iniciativas de intervención adecuados, debe ser un paso previo para garantizar dicha efectividad. Pero debe ser en la interacción que se produce durante el proceso de implementación, el lugar en el que se planteen estrategias que faciliten la transferencia al contexto comunitario. La preparación comunitaria, como concepto que permite adoptar esta perspectiva histórica y dinámica de la intervención social, puede proporcionar el marco adecuado para comprender los procesos que se incluyen en esta transferencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboud, F., Huq, N.L., Larson, C.P. & Ottisova, L. (2010). An assessment of community readiness for HIV/AIDS preventive intervention in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 70, 360-367.

Abramson, J., & Mizrahi, T. (1986). Strategies for enhancing collaboration between social workers and physicians. *Social Work in Health Care*, 12 (1), 1-21.

Abreu, M.C. (2004a). El rol del trabajador social en atención primaria de salud: de la práctica a la teoría. *Trabajo Social y Salud*, 47, 245-250.

Abreu, M.C. (2004b). Metodología para el desarrollo del rol del trabajador social en Atención Primaria de Salud: de la práctica a la teoría. *Trabajo Social y Salud*, 47, 283-290.

Abreu, M.C. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Revista ENE de Enfermería*, 3 (2), 70-79.

Abreu, M.C. et al. (2004). *Documento marco del rol del trabajador social en atención primaria de salud*. Servicio Canario de Salud.

Acton, G.S., Prochaska, J.J., Kaplan, A.S., Small, T. & Hall, S.M. (2001). Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients. *Addictive Behaviors*, 26, 621-631.

Alexander, J.A., Lichtenstein, R. & D'Aunno, T.A. (1996). The effects of treatment, team diversity and size on assessments of team functioning. *Hospital & Health Services Administration, 41*, 37-53.

Alfonso, M.L., Nickelson, J., Hogeboom, D.L., French, J., Bryant, C.A., Mcdermott, et al. (2008). Assessing local capacity for health intervention. *Evaluation and Program Planning, 31*, 145-159.

Anderson, A. (2005). An introduction to theory of change. *Evaluation Exchange, Summer, Volumen 9 (2)*. Disponible en: <http://www.hfrp.org/evaluation/the-evaluationexchange/issue-archive/evaluation-methodology/an-introduction-to-theory-of-change>

Armenakis, A.A., Harris, S.G. & Mossholder, K.W. (1993). Creating readiness for organizational change. *Human Relations, 46*, 681-703.

Azzarto, J. (1993). The socioemotional needs of elderly family practice patients: Can social workers help? *Health and Social Work, 18 (1)*, 40-48.

Backer, T.E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology, 28 (3)*, 363-373.

Badger, L., Ackerson, B., Buttell, F., & Rand, R.H. (1997). The case for integration of social work psychosocial services into rural primary care practice. *Health and Social Work, 22 (1)*, 20-29.

Barranco, C. & Rodríguez, H. (2008). Visión histórica y práctica profesional en Atención Primaria de Salud: los avances y el reto de la calidad. *Trabajo Social y Salud*, 61, 7-35.

Beattie, A. (1994). Healthy alliances or dangerous liaisons? The challenge of working together in health promotion. In A. Leathard (Ed.), *Going Inter-Professional: Working Together for Health and Welfare*. London: Routledge. Págs 11-26.

Beebe, T.J., Harrison, P., Sharma, A. & Hedger., S.A. (2001). The Community Readiness Survey: Development and Initial Validation. *Evaluation Review* 25 (1), 55-71.

Behar, L.B. & Hydaker, W.M. (2009). Defining Community Readiness for the Implementation of a System of Care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 36 (6), 381-392.

Berkman, B., Shearer, S., Simmons, W.J., White, M., Robinson, M., Sampson, S. et al. (1996). Ambulatory elderly patients of primary care physicians: Functional, psychosocial and environmental predictors of need for social work management. *Social Work in Health Care* 22 (3), 1-21.

Borrayo, E.A. (2007). Using a community readiness model to help overcome breast health disparities among U.S. Latinas. *Substance use & misuse*, 42 (4), 603-619.

Borrill, C.S., Carletta, J., Carter, A.J., Dawson, J.F., Garrod, S., Rees, A. et al. (2000). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service*. Aston University, University of Glasgow and University of Leeds: London.

Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. & Sibbald, B. (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 273-279.

Briss, P.A., Zaza, S., Pappaioanou, M., Fielding, J., Wright-De Agüero, L., Truman, B.I., Hopkins, D.P. et al. (2000). Developing and Evidence-based Guide to Community Preventive Services-Methods. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 35-43.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, I. (1994). Community participation for general practitioners and community nurses. *Social Science and Medicine*, 39 (3), 335-344.

Burgos, M.L. (2003). Evolución del trabajo social en la atención a la salud de nuestro país durante el último siglo. *Trabajo Social y Salud*, 46, 85-99.

Butterfoss, F.D. (2004). The Coalition Technical Assistance and Training Framework: Helping Community Coalitions Help Themselves. *Health Promotion Practice*, 5, 118-126.

Butterfoss, F.D., Goodman, R.M., Wandersman, A. (1993). Community Coalitions for Health Promotion and Disease Prevention. *Health Education Research, 8 (3)*, 315-330.

Cabot, R. (1917). *Report of the chairman of the committee on health*. National Conference on Social Welfare.

Campbell, R. & Ahrens, C.E. (1998). Innovative Community Services for Rape Victims: An Application of Multiple Case Study Methodology. *American Journal of Community Psychology, 26 (4)*, 537-571.

Cannon, I.M. (1908). Social Work at Massachusetts General Hospital. En J. Minnick, *Social Work of General Hospitals*. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting. Págs. 153-154.

Cannon, I.M. (1913). *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*. Nueva York: Russel Sage Foundation Publication, Survey Associates.

Castillo, A. & Abad, G. (1991). Las funciones del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria del Insalud. *Cuadernos de Trabajo Social, 4-5*, 129-138.

CASW Health Interest Group (2003). *Preparing for Change. Social Work in Primary Health Care*.

Chavis, D.M. (2001). The paradoxes and promises of community coalitions. *American Journal of Community Psychology, 29 (2)*, 309-320.

Chilenski, S.E., Greenberg, M.T. & Feinberg, M.E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35 (3), 351-369.

Chinman, M., Hannah, G., Wandersman, A., Ebener, P., Hunter, S.B., Imm, P., & Sheldon, J. (2005). Developing a Community Science Research Agenda for Building Community Capacity for Effective Preventive Interventions. *American Journal of Community Psychology*, 35 (3/4), 143-157.

Chinman, M., Tremain, B., Imm, P. & Wandersman, A. (2009). Strengthening Prevention Performance Using Technology: A Formative Evaluation of Interactive Getting To Outcomes[®]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79 (4), 469-481.

Chritie, C.A., Montrosse, B.E. & Klein, M.B. (2005). Emergent design evaluation: A case study. *Evaluation and Program Planning*, 28, 271-277.

CityMatCH (2003). *Assessing Community Readiness for PPOR* [on-line]. Disponible en: http://www.citymatch.org/ppor_how.php

Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y Práctica*. Madrid: Siglo XXI/Consejo General de Trabajadores Sociales.

Colomer, M. (1974). Experiencia de aplicación del método de trabajo social en una clínica de salud mental. *Revista de Treball Social*, 55, 51-52.

Crawford, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. et al. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 325, 1263-1268.

Currie M., King G., Rosenbaum P., Law M., Kertoy M. & Specht J. (2005). A model of impacts of research partnerships in health and social services. *Evaluation and Program Planning* 28, 400–412.

Dalley, G. (1989). Professional Ideology and Organisational Tribalism? The Health Service-Social Work Divide. In R. Taylor & J. Ford (Eds.), *Social Work and Health Care*. London: Jessica Kingsley.

Dalton, J., Elias, M. & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Wadsworth.

Deslile, M. & Ouellet, H. (2001). The relationship between social participation and the use of social and health services. *Canadian Journal on Aging*, 20(3), 307-337.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 295-304.

Dingwall, R. (1982). Problems of Teamwork in Primary Care. In A. W. Clare & R. H. Corney (Eds.), *Social Work and Primary Health Care*. London: Academic Press. Págs. 111-137.

Donnermeyer, J.F., Plested, B.A., Edwards, R.W., Oetting, E.R., & Littlethunder, L. (1997). Community readiness and prevention programs. *Journal of the Community Development Society*, 28 (1), 65-83.

Duncan, T.E., Duncan, S.C., Okut, H., Strycker, L.A. & Hix-Small, H. (2004). A Multilevel Contextual Model of Neighborhood Collective Efficacy. *American Journal of Community Psychology*, 32 (3-4), 245-252.

Durlak, J.A. & DuPre, E.P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.

EASP (2008). *Forma Joven, una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Edwards, R.W, Jumper-Thurman, P., Plested, B., Oetting, E. & Swanson, L. (2000). Community Readiness: Research to Practice. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 291-307.

Ell, K. & Morrison, D.R. (1981). Primary care. *Health and Social Work, 6(4), Supplement*, 35-43.

Ervin, N.E. & Berry, M.M. (2006). Community readiness for a computer-based health information network. *The Journal of New York State Nurse Association*, 37 (1), 5-11.

Fava, J.L., Velicer, W.F. & Prochaska, J.O. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20 (2), 189-203.

Feinberg, M.E., Chilenski, S.M., Greenberg, M.T., Spoth, R.L. & Redmon, C. (2007). Community and Team Member Factors that Influence the Operations Phase of Local Prevention Teams: The PROSPER Project. *Prevention Science*, 8 (3), 215-226.

Feinberg, M.E., Greenberg, M.T. & Osgood, D.W. (2004). Readiness, Functioning, and Perceived Effectiveness in Community Prevention Coalitions: A Study of Communities That Care. *American Journal of Community Psychology*, 33 (3-4), 163-176.

Feinberg, M.E., Greenberg, M.T., Osgood, D.W., Anderson, A. & Babinski, L. (2002). The effects of training community key leaders in prevention science: Communities That Care in Pennsylvania. *Evaluation and Program Planning*, 25, 245-259.

Feinberg, M.E., Jones, D., Greenberg, M.T., Osgood, D.W. & Bontempo, D. (2010). Effects of the Communities That Care Model in Pennsylvania on Change in Adolescent Risk and Problem Behaviors. *Prevention Science*, 11, 163-171.

Feinberg, M.E., Riggs, N.R. & Greenberg, M.T. (2005). Social Networks and Community Prevention Coalitions. *The Journal of Primary Prevention*, 26 (4), 279-298.

Fetterman, D.M., Kaftarian, S.J. & Wandersman, A. (Eds.) (1996). *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability*. Thousand Oaks: SAGE.

Findholt, N. (2007). Application of the Community Readiness Model for childhood obesity prevention. *Public Health Nursing, 24* (6), 565-570.

Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L. & Maras, M. A. (2008). Unpacking capacity: An intersection of Research-to-Practice models and Community-Centered models. *American Journal of Community Psychology, 41*, 182-196.

Foster-Fishman, P.G., Cantillon, D., Pierce, S.J., & Van Egeren, L.A. (2007). Building an active citizenry: The role of neighborhood problems, readiness, and capacity for change. *American Journal of Community Psychology, 39*, 91–106.

García, A. & Sobremonde, E. (2002). Mejorando la calidad: el desarrollo de procesos de intervención social en las organizaciones sanitarias. *Trabajo Social y Salud, 42*, 19-50.

Geron, S.M., Andrews, C., & Kuhn, K. (2005). Infusing aging skills into the social work practice community: A new look at strategies for continuing professional education, families in society. *The Journal of Contemporary Social Services, 86* (3), 431–440.

Gibbons, D.E. (2007). Interorganizational networks structures and diffusion of information through a health system. *American Journal of Public Health, 97* (9), 1684-1692.

Gil-Lacruz, M. & Brunstein, L.F. (2009). Psychosocial and Comunitarian Determinants on the Primary Health Care Access. A Suburban Neighborhood Example. *STVDIVM. Revista de Humanidades*, 15, 311-325.

Goh, T.T. & Eccles, M.P. (2009). Team climate and quality of care in primary health care: a review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom. *BMC Research Notes*, 2, 222-227.

Goodman, R. M., Speers, M., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E. et al. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educations & Behavior*, 25, 258–278.

Gouvis, C., Moore, G., Jenkins, S. & Small, K. (2002). *Understanding Community Justice Partnerships: Assessing the Capacity to Partner*. Washington D.C.: Urban Institute, Justice Policy Center.

Green, L.W. (2001). From Research to “Best Practices” in Other Settings and Populations. *American Journal of Health Behavior*, 25 (3), 165-178.

Green, L.W., Richard, L. and Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270-281.

Greenberg, M.T., Feinberg, M.E., Chilenski, S.M., Spoth, R.L. & Redmon, C. (2007). Community and Team Member Factors that Influence the Early Phase Functioning of Community Prevention Teams: The PROSPER Project. *Journal of Primary Prevention*, 28 (6), 485-504.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F. Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.

Griffith, D.M., Allen, J.O., DeLoney, E.H., Robinson, K., Lewis, E.Y., Campbell, B. et al. (2010). Community-Based Organizational Capacity Building as a Strategy to Reduce Racial Health Disparities. *Journal of Primary Prevention*, 31, 31-39.

Guirao-Goris, J.A. (2009) Las competencias de la enfermera comunitaria. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 2 (1), Disponible en: <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=102>

Holgado, D. & Maya-Jariego, I. (2010). Potenciación comunitaria y prevención del consumo abusivo de drogas: utilizando una lista de correo electrónico y un blog en un caso de evaluación basada en el empoderamiento. En Fundación Cibervoluntarios (Eds.) *Innovación para el empoderamiento de la ciudadanía a través de las TICs*. Madrid: Empodera.org. Págs. 115-124.

Hughey, J., Peterson, N.A., Lowe, J.B. & Oprescu, F. (2007). Empowerment and Sense of Community: Clarifying Their Relationship in Community Organizations. *Health Education and Behavior*, 35, 651-663.

Jennett, P., Jackson, A., Healy, T., Ho, K., Kazanjian, A., Woollard, R et al. (2003). A study of a rural community's readiness for telehealth. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 259-263.

Jumper-Thurman, P., Plested, B., Edwards, R.W., Oetting, E., and Helm, H. (2001). Using the Community Readiness Model in Native communities. En J. Trimble & F. Beauvais (Eds.). *Health promotion and substance abuse prevention among American Indian and Alaska Native communities: Issues in cultural competence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Págs. 129-158.

Jumper-Thurman, P., Vernon, I.S. and Plested, B. (2007). Advancing HIV/AIDS Prevention among American Indians through Capacity Building and Community Readiness Model. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13 (Suppl.), 49-54.

Kakefuda I., Stallones L., Gibbs J. (2008). Readiness for community-based bicycle helmet use programs: A study using community-and individual-level readiness models. *Journal of Health Psychology*, 13 (5), 639-643.

Keefe, B., Geron, S.M. & Enguidanos, S. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges. *Social Work in Health Care*, 48, 579-596.

King, E.B., de Chermont, K., West, M., Dawson, J.F. & Hebl, M.R. (2007). How innovation can alleviate negative consequences of demanding work context: The influence of climate for innovation on organizational outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 90, 631-645.

Kirk, S., Bailey, J., Glendinning, C. & Burkey, Y. (1997). Involving communities in health service planning in primary care. *Health and Social Care in the Community*, 5 (6), 398-407.

Kumpfer, K., Whiteside, H.O., Wandersman, A., & Cardenas, E. (1997). *Community readiness for drug abuse prevention: Issues, tips and tools*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Lawsin, C., Borrayo, E., Edwards, R.W. & Belloso, C. (2007). Community Readiness to Promote Latinas' Participation in Breast Cancer Prevention Clinical Trials. *Health and Social Care in the Community*, 15 (4), 369-378.

Leathard, A. (Ed.) (1994). *Going Inter- Professional: Working Together for Health and Welfare*. London: Routledge.

Lehman, W.E., Greener, J.M., & Simpson, D.D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 197-209.

Leipzig, R.M., Hyer, K., Ek, K., Wallenstein, S., Vezina, M.L., Fairchild, S. et al. (2002). Attitudes towards work in interdisciplinary healthcare teams. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (6), 1141–1148.

Lesser, J. (2000). Clinical Social Work and Family Medicine: A Partnership in Community Service. *Health and Social Work*, 25 (2), 119-126.

Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-46.

Livet, M., & Wandersman, A. (2005). Organizational functioning: Facilitating effective interventions and increasing the odds of programming success. En D.M. Fetterman & A. Wandersman (Eds.), *Empowerment evaluation principles in practice*. New York: Guilford Press. Págs. 123– 154.

Lorente Gracia, A. (2005). Análisis bibliométrico y temático de la revista “Trabajo Social y Salud”. *Trabajo Social y Salud*, 50, 181-334.

Lozares, C., Verd, J.M., Martí, J. & López Roldán, P. (2003). Relaciones, redes y discurso: revisión y propuestas en torno al análisis reticular de datos textuales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 101 (3), 175-200.

Luke, D.A. (2005). Getting the Big Picture in Community Science: Methods that Capture Context. *American Journal of Community Psychology*, 35 (3/4), 185-200.

Lymbery, M. (1998). Social Work in General Practice: Dilemmas and Solutions. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (2), 199-208.

Lymbery, M. & Millward, A. (2001). Community Care in Practice: Social Work in Primary Health Care. *Social Work and Health Care*, 34 (3-4), 241-259.

Martí, J. (2006). El análisis del discurso con Visone. En J.L. Molina, A. Quiroga, J. Martí, I. Maya Jariego & A. de Federico. *Talleres de autoformación con programas informáticos de análisis de redes sociales*. Bellaterra: UAB, Servei de Publicacions. Págs. 95-107.

Martínez, M.F. & Martínez, J. (2003). Coaliciones comunitarias: una estrategia para el cambio social. *Intervención Psicosocial*, 12 (3), 251-267.

Maya Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 187-211.

Maya Jariego, I. (2010). De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), 121-141.

Maya Jariego, I., García Ramírez, M. & Santolaya, F.J. (2007). *Estrategias de Intervención Psicosocial. Casos Prácticos*. Pirámide, S.A.: Madrid.

Maya Jariego, I. & Holgado, D. (2006). La potenciación comunitaria en la mejora de la implementación de programas. Un estudio de caso de prevención en el ámbito educativo. En G. Tonón. *Juventud y Protagonismo Ciudadano*. Espacio Editorial: Buenos Aires. Pág. 151-181.

McCoy, H.V., Malow R., Edwards, R.W., Thurland, A. & Rosenberg, R. (2007). A Strategy for Improving Community Effectiveness of HIV/AIDS Intervention Design: The Community Readiness Model in the Caribbean. *Substance Use and Misuse*, 42 (10), 1579-1592.

McGarry, J. (2003). The essence of 'community' within community nursing: a district nursing perspective. *Health and Social Care in the Community*, 11 (5), 423-430.

McMillan, D.W., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *American Journal of Community Psychology*, 14 (1), 6-23.

Megía, M.J., Pérez, A.F., Solano, A., García, C. (1987). Atención primaria, desarrollo de la reforma sanitaria en Andalucía. En J.M. Almansa, S. Barriga, M.F. Martínez, *La Sanidad en Andalucía*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Págs. 46-67.

Miranda, M. (2002). Redes sociales y participación. *Trabajo Social y Salud*, 41, 69-92.

Mitchell, R.E., Stone-Wiggins, D., Stevenson, J.F. & Florin, P. (2004). Cultivating Capacity: Outcomes of a Statewide Support System for Prevention Coalitions. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 27 (2), 67-87.

Molina, J.L., Maya-Jariego, I. & McCarthy, C. (En prensa). Giving Meaning to Social Networks: Methodology for Conducting and Analyzing Interviews based on Personal Network Visualizations. En B. Hollstein & S. Domínguez, *Mixing methods in social network research*.

Morrisey, E., Wandersman, A., Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C. & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluator and practitioner perspective. *Evaluation and Program Planning*, 20 (3), 367-377.

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washintong D.C.: National Academy Press.

Murphy-Berman, V., Schnoes, C., & Chambers, J.M. (2000). An early stage evaluation model for assessing the effectiveness of comprehensive community

initiatives: Three case studies in Nebraska. *Evaluation and Program Planning*, 23, 157–163.

Musitu, G. & Buelga, S. (2004) Desarrollo Comunitario y Potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L.Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UOC. Págs. 167-195.

Navarro, R., Peiró, J.M. & Luque, O. (1989). El rol del psicólogo en los equipos de atención primaria de servicios sociales: las actividades que lo conforman. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 47-59.

Netting, F.E. & Williams, F.G (1996). Case manager-physician collaboration: Implications for professional identity, roles and relationships. *Health and Social Work*, 21 (3), 216-224.

Netting, F.E. & Williams, F.G. (2000). Expanding the boundaries of primary care for elderly people. *Health and Social Work*, 25 (4), 233-242.

Nowell, B. (2009). Profiling Capacity for Coordination and System Change: The Relative Contribution of Stakeholder Relationship in Interorganizational Collaboratives. *American Journal of Community Psychology*, 44, 196-212.

Oetting E. R., Donnermeyer J., Plested B., Edwards R.W., Kelly K. & Beauvais F. (1995) Assessing community readiness for prevention. *The International Journal of the Addictions*, 30 (6), 659-683.

Oetting, E.R., Jumper-Thurman, P., Plested, B., & Edwards, R.W. (2001). Community readiness and health services. *Substance Use and Misuse*, 36(6-7), 825-843.

Ogilvie, K.A., Moore, R.S., Ogilvie, D.C., Johnson, K.W., Collins, D.A. & Shamblen, S.R. (2008). Changing Community Readiness to Prevent the Abuse of Inhalants and Other Harmful Legal Products in Alaska. *Journal of Community Health*, 33 (4), 248-258.

OMS/UNICEF (1978). *Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud*. Ginebra: OMS/UNICEF.

Payne, A.A. & Eckert, R. (2010). The Relative Importance of Provider, Program, School, and Community Predictors of the Implementation Quality of School-Based Prevention Programs. *Prevention Science*, 11, 126-141.

Peiró, J.M., González-Romá, V., Tordera, N. & Mañas, M.A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology and Health*, 16, 511-525.

Peterson, N.A. & Speer, P.W. (2000). Linking Organizational Characteristics to Psychological Empowerment: Contextual Issues in Empowerment Theory. *Administration in Social Work*, 24 (4), 39-58.

Planes, M., Fàbregas, L., Gras, M.E. y Soms, M. (2003). Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 29-40.

Plested, B., Edwards, R.W., & Jumper-Thurman, P. (2007). Disparities in community readiness for HIV/AIDS prevention. *Substance Use and Misuse, 42* (4), 729-739.

Plested, B., Smitham, D.M., Jumper-Thurman, P., Oetting, E.R. & Edwards, R.W. (1999). Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities. *Substance Use and Misuse, 34* (4-5), 521–544.

Price, R.H. & Behrens, T, (2003). Working Pasteur's Quadrant: Harnessing Science and Action for Community Change. *American Journal of Community Psychology 31* (3-4), 219-223.

Pritchard, P.M. (1975). Community Participation in Primary Health Care. *British Medical Journal, 3*, 583-584.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice, 19*, 276-288.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47* (9), 1102–1114.

Proudfoot, J., Jayasinghe, U.W., Holton, C., Grimm, J., Bubner, T., Amoroso, C. et al. (2007). Team climate for innovation: What difference does it make in general practice? *International Journal for Quality in Health Care, 19* (3), 164-169.

Provan, K.G. & Milward, B.H. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparison study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.

Putnam, R. (1993). The prosperous community: Social capital and community life. *The American Prospect*, Spring, 35-42.

Ramil, M.P. (2001). Aportaciones y reflexiones desde Atención Primaria de Salud. *Trabajo Social y Salud*, 40, 289-296.

Regato, P., Domínguez, J. & Sancho, M. (2009). Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en atención primaria. En V. Navarro, A. Martín-Zurro & C. Violán, *Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: SEMFYC Ediciones. Págs. 149-166.

Rifkin, S.B. (1986). Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning*, 1 (3), 240-249.

Rihuete, M.I. & Santos, L. (2004). Propuesta de un cambio metodológico: de la intervención social a demanda a la intervención social por programa. *Trabajo Social y Salud*, 47, 37-41.

Riley, B.L., Taylor, S.M. & Elliot, S.J. (2003). Organizational capacity and implementation change: A comparative case study of heart health promotion in Ontario public health agencies. *Health Education Research*, 18 (6), 754-769.

Rock, B. D. and Cooper, M. (2000). Social Work in Primary Care. *Social Work in Health Care*, 31 (1), 1-17.

- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rushton, A. & Davies, P. (1984). *Social Work and Health Care*. London: Heinemann.
- Saavedra, L., Duarte, G., Izquierdo, D., González, S., Pérez, G. (2001). Claves para la coordinación sociosanitaria en atención primaria de salud. *Trabajo Social y Salud*, 40, 401-412.
- Sampson, R.J., Raudenbush, W.S. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Sangrá, J. (2001). Trabajo social sanitario: reflexiones y propuestas. *Trabajo Social y salud*, 38, 101-116.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sarriá, J., Vilas, M. & Fuertes, A. (1979). *Medicina y Trabajo Social*. Estella: Verbo Divino.
- Saul, J., Duffy, J., Noonan, R., Lubell, K., Wandersman, A., Flaspohler, P. et al. (2008). Bridging science and practice in violence prevention: Addressing ten key challenges. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3-4), 197-205.
- Scherer, J.A., Ferreira-Pinto, J.B., Ramos, R.L. & Homedes, N. (2002). Measuring Readiness for Change in two Northern Border Mexican Communities. *Journal of Border Health*, 6 (1), 35-41.

Schoepfer, T.A., Sánchez, G.V., Lee, K.J., Matloub, J., Waltz, A. & Kavanaugh, M. (2009). Community Readiness Assessment: The Scoring Process Revisited. *Journal of Community Practice, 17*, 269–290.

Sepehri, A. & Pettigrew, J. (1996). Primary health care, community participation and community-financing: experiences of two middle hill villages in Nepal. *Health Policy and Planning, 11 (1)*, 93-100.

Siefert, K. & Henk, M. (2001). *Social Work in Primary Health Care*. Monograph Series. Society for Social Work Leadership in Health Care.

Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 171-182.

Slater, M.D., Edwards, R.W., Plested, B., Jumper-Thurman, P., Kelly, K.J., Comello, M.L. & Keefe, T.J. (2005). Using Community Readiness Key Informants Assessments in a Randomized Group Prevention Trial: Impact of a Participatory Community-Media Intervention. *Journal of Community Health, 30 (1)*, 39-53.

Smith, M. H., Altman, D. G. & Strunk, B. (2000). Readiness to Change: Newspaper Coverage of Tobacco Farming and Diversification. *Health Education Behavior, 27*, 708-724.

Soler Torroja, M. (2005). Promoción de la Salud, Atención Comunitaria y Medicina de Familia. *Atención Primaria, 36 (7)*, 355-357.

Sommers, L., Marton, K., Barbaccia, J., & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 1825–1833.

Soydan, H. (2007). Improving the Teaching of Evidence-Based Practice: Challenges and Priorities. *Research on Social Work Practice*, *17*, 612-618.

Vernon, I.S. & Jumper-Thurman, P. (2002). Prevention of HIV/AIDS in Native American communities: promising interventions. *Public Health Reports*, *117* (Suppl. 1), 96-103.

Villalba, C. (1995). Intervención en redes. *Documentación Social*, *98*, 105-120.

Villalba, C. (2003). Intervención en redes sociales. *Trabajo social y salud*, *46*, 163-166.

Wakerman, J., Humpreys, J.S., Wells, R., Kuipers, P., Entwistle, P. & Jones, J. (2008). Primary Health Care delivery models in rural and remote Australia. A sistematic review. *BMC Health Services Research*, *8*, 276-286.

Wandersman, A. (2003). Community Science: Bridging the Gap Between Science and Practice With Community-Centered Models. *American Journal of Community Psychology*, *31* (3/4), 227-242.

Wandersman, A. (2009). Four keys to success (theory, implementation, evaluation and resource/system support): High hopes and challenges in participation. *American Journal of Community Psychology*, *43* (3), 3-21.

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. et al. (2008). Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3-4), 171-181.

Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M. & Kaftarian, S. (2000). *Getting to Outcomes: Methods and tools for planning, evaluation and accountability*. Rockville, MD: Center of Substance Abuse Prevention.

Warren , R. L. (1978). *The Community in America (3rd ed)*. Chicago: Rand McNally.

Weiner, B.J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4, 67-76.

Weiner, B.J., Amick, H. & Lee, S.Y. (2008). Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change: A Review of the Literature in Health Services Research and Other Fields. *Medical Care Research and Review*, 65, 379-436.

Weinert, C.R. & Mann, H.J. (2008). The Science of implementation: changing the practice of critical care. *Current Opinion in Critical Care*, 14 (4), 460-465.

Wells, R., Ford, E.W., McClure, J.A., Holt, M.L. & Ward, A. (2007). Community-Based Coalitions' Capacity for Sustainable Action: The Role of Relationships. *Health Education & Behavior*, 34 (1), 124-139.

Wendell, M.L., Prochaska, J.D., Clark, H.R., Sackett, S. & Perkins, K. (2010). Interorganizational Network Changes Among Health Organizations in the Brazos Valley, Texas. *Journal of Primary Prevention, 31*, 59-68.

Wensing, M., van Lieshout, J., Koetsenruiter, J. & Reeves, D. (2010). Information exchange networks for chronic illness care in primary care practices: an observational study. *Implementation Science, 5* (3), 1-10.

West, M.A., Borrill, C.S., Dawson, J.F., Brodbeck, F., Shapiro, D.A. & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The Leadership Quarterly, 14* (4-5), 393-410.

West, M.A. & Wallace, M. (1991). Innovation in health care teams. *European Journal of Social Psychology, 21*, 303-315.

Wiener, R.L., Wiley, D., Huelsman, T. & Higelmann, A. (1994). Needs Assessment: Combining Qualitative Interviews and Concept Mapping Methodology. *Evaluation Review, 18* (2), 227-240.

Williams, P. & Clare, A. (1979). Social workers in primary health care: the general practitioner's viewpoint. *Journal of the Royal College of General Practitioners, 29*. 554-558.

Wilson, M.G., Lavis, J.N., Travers, Robb & Rourke, S.B. (2010). Community-based knowledge transfer and exchange: Helping community-based organizations link research to action. *Implementation Science, 5*, 1-14.

Wolff, T. (2001). A Practitioner's Guide to Successful Coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 29 (2), 173-191.

Yin, R.K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.

York, N.L. & Hahn, E.J. (2007). The Community Readiness Model: Evaluating Local Smoke-Free Policy Development. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8 (3), 184-200.

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational, and community level of analysis. En J. Rappaport & E. Seidman, *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic. Págs. 43-63.

ANEXO. ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

Caso 1. Juana Pérez Villar, C.S. La Magdalena (Jaén).

Juana Pérez Villar es la trabajadora social del Centro de Salud La Magdalena, en Jaén. Anteriormente estuvo en el Centro de Salud Polígono El Valle durante 13 años.

La zona del Polígono El Valle era, en el momento en el que ella accedió al centro de salud, una zona con población relativamente joven en el que el principal ámbito de intervención era el materno-infantil. Existían en la zona ciertos problemas de marginación y exclusión social, aunque no tan acentuados como los de la zona en la que trabaja actualmente. Los profesionales que formaban aquel centro de salud eran jóvenes, con una actitud proactiva y una visión integral de los problemas de salud de la población, lo que facilitó bastante su labor como trabajadora social del centro. Por otro lado, la trabajadora social entrevistada opina que en el momento en el que estuvo en este centro de salud, la situación general de la atención sanitaria en Andalucía era diferente. Por ejemplo, había una menor presión de los distritos en cuanto al cumplimiento de objetivos sanitarios generales y estos partían en mayor medida de la dinámica de trabajo del propio centro y sus profesionales. De hecho, sus mejores experiencias profesionales han surgido en el Centro de Salud El Valle:

1. Por ejemplo, la *evaluación del riesgo en el ámbito materno-infantil*. Se trataba de identificar y hacer un seguimiento de todos los recién nacidos para poder detectar posibles situaciones de riesgo y diseñar un plan de intervención adaptado a cada caso concreto y contando con la coordinación de diversos profesionales. En este programa el nivel de cobertura de la población fue bastante elevado.
2. El diseño de las *competencias de intervención del trabajador social y de la planificación de la intervención sociosanitaria con la tercera edad*. Se trataba por una parte de la delimitación del papel del trabajador social en la atención sociosanitaria a este colectivo y por otra de la creación de un sistema un registro y valoración de personas ancianas, también para detectar situaciones de riesgo. Se diseñó una hoja de registro, en el que se recogían diversos indicadores relacionados con aspectos funcionales, familiares, cognitivos y afectivos, de autonomía y dependencia, etcétera. Junto a ello se hacía una propuesta de estrategias de intervención para cada área. El trabajo se inició en el año 1996, con lo que casi se puede considerar como un antecedente de la ley de la dependencia.

En el centro de salud en el que se encuentra actualmente, atiende dos zonas, La Guardia y La Magdalena. La primera zona, La Guardia, es un pueblo cercano a Jaén, con una población de entre 3.000 y 4.000 habitantes. A esta zona acude una vez en semana. Allí no dispone de sistema de registro de usuarios y realiza un trabajo más reactivo de atención individual a demanda de estos. Se trata de una zona rural, con escasos recursos y donde es difícil implementar cualquier

iniciativa comunitaria desde el centro de salud que implique un determinado nivel de participación social.

El barrio de La Magdalena es una zona declarada con necesidades de transformación social y de hecho es quizá la más problemática de la ciudad. La mayoría de la población es de etnia gitana. Hay muchos problemas relacionados con indicadores de salud como por ejemplo, el bajo índice de vacunación en población infantil o la falta de participación en programas sociosanitarios por parte de la población como el programa de salud bucodental o el de control del niño sano. Muchos usuarios no están dados de alta en la seguridad social y tienen dificultades para acceder a los servicios asistenciales mínimos. Por otro lado, la edad de inicio de las relaciones sexuales, de acceso a la maternidad y de formación del núcleo familiar son muy bajos (en torno a los 15 años). En esta zona su dinámica de trabajo es mucho más proactiva y predomina la intervención comunitaria. A diferencia de La Guardia, en La Magdalena realiza labores más relacionadas con la intervención, la comunicación y la sensibilización social.

Por ejemplo, junto con otros profesionales del centro de salud, va a organizar en este barrio un consejo de participación ciudadana, para lo que quiere contar con la implicación de la mayoría de asociaciones y líderes comunitarios de su zona. Hasta ahora, los contactos que ha mantenido con los agentes sociales no han buscado una colaboración mantenida en el tiempo de varias entidades, sino que se ha tratado en mayor medida de responder a las demandas y necesidades de cada caso. Por ejemplo, con la asociación de mujeres gitanas Sinando Kalí ha colaborado en el diseño de un programa de mediación cultural y atención a la

diversidad. Igualmente se ha entrevistado varias veces con los tutores de los centros educativos de la zona para detectar problemas de salud en la población infantil. Con la creación del consejo de participación, pretenden, entre otras cosas, aumentar la movilización y participación de los usuarios en los diversos programas ya existentes y en otros que partan del propio consejo. Otros intentos anteriores de crear una coalición de salud en el que participaran diferentes agentes comunitarios fracasaron debido a las dificultades para hacer converger los procesos de desarrollo y dinamización comunitaria con los objetivos institucionales del sistema de salud.

La implicación tanto de los profesionales del centro de salud como de los usuarios es fundamental para desarrollar estrategias de intervención sociosanitaria efectivas. En este caso, las condiciones del entorno pueden limitar la capacidad de actuación de la trabajadora social. En La Guardia hay un bajo nivel de movilización social, lo que unido a la falta de recursos, limita la actividad profesional a la atención en consulta. Por el contrario, las zonas de El Valle y La Magdalena, son mucho más activas en cuanto a participación social. En El Valle, la implicación y la actitud de los profesionales sanitarios, el momento histórico y el nivel de cohesión social, permitieron a la trabajadora social implicarse en iniciativas innovadoras y realizar actividades de sensibilización, comunicación, diagnóstico y participación social. En el caso de La Magdalena, la escasa implicación a nivel individual y grupal, se suple con una mayor experiencia profesional de la trabajadora social y con la existencia de un conjunto de organizaciones social muy activas a nivel comunitario.

En definitiva, para la trabajadora social, la APS es un campo privilegiado para poner en marcha estrategias de intervención social, bien sea a nivel individual, grupal o comunitario. Asimismo, permite conocer los problemas sociales de forma mucho más detallada, a través del contacto directo con los usuarios y con otros agentes sociales. Finalmente, es un ámbito en el que mantener una actitud proactiva hacia los problemas sociosanitarios y aplicar estrategias de colaboración con otros profesionales, son elementos fundamentales para garantizar la participación social y la efectividad en las intervenciones.

Caso 2. Concepción Lluch, C. S. Occidente “Azahara”.

Concepción Lluch trabaja en el Centro de Salud Occidente “Azahara” desde su apertura, hace 18 años. De su centro dependen cuatro barriadas bien definidas y con poblaciones diferenciadas, además de tres núcleos dispersos dependientes de la misma zona de salud:

- Dos barrios de creación reciente y población relativamente joven, *Azahara* y *Miralbaida*.
- Un barrio con población principalmente de edad avanzada, *Electromecánica*.
- Un barrio calificado como Zona con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) y con población marginal, *La Palmera*.
- Dos núcleos periféricos situados en el extrarradio con población rural, *Villarrubia*, *El Higuero* y un núcleo de creación más reciente y con población de un nivel socioeconómico medio-alto, *Encinarejo*.

Todas estas zonas difieren en su evolución, las características del contexto social y de la población residente. Mientras que las zonas de Miralbaida, Azahara y Electromecánica han sido históricamente zonas con pocos recursos, donde la población ha adoptado una posición pasiva en cuanto a su situación social y económica, Villarubia y El Higuérón son zonas con poblaciones que suelen adoptar una actitud reivindicativa en cuanto a sus necesidades sociales y sanitarias.

Su intervención ha variado en función de la evolución de las zonas y las oportunidades y programas surgidos en cada momento. Por ejemplo, el centro de salud en el que está actualmente se creó en los inicios de la reforma sanitaria. El equipo de APS estaba formado por un grupo de profesionales jóvenes que tenían una alta motivación, otorgaban una gran importancia al trabajo en equipo y, lo que es más importante, tenían interiorizado el modelo de intervención integral en APS, surgido a raíz de los movimientos previos y posteriores a Alma Ata. Es en este contexto en el que se organiza en el núcleo de El Higuérón un consejo de salud, en el que participaron diferentes agentes comunitarios de este núcleo poblacional (AMPAS, asociaciones de vecinos, centros educativos, centro de salud). Esta coalición desarrolló actividades relacionadas con la promoción de la salud. Se implementaron actividades en las que la participación comunitaria tenía un papel fundamental. Esta experiencia tuvo su final coincidiendo con la adopción de una actitud más crítica del grupo de agentes comunitarios hacia el sistema sanitario y la reivindicación de más recursos para la atención sociosanitaria a la población.

Por otro lado, se trata de una evolución natural en cualquier tipo de iniciativa comunitaria, en la que podemos observar (a) un comienzo, aprovechando algún tipo de coyuntura en el contexto comunitario (protagonismo de unas necesidades sobre otras, aparición de líderes comunitarios, etcétera), (b) un desarrollo más o menos continuo, relacionado con la implementación de la iniciativa y su ajuste al entorno en que se aplica, y (c) una finalización, que puede coincidir con la solución del problema por el que se creó, porque se ha decidido que es necesario destinar recursos a otro ámbito, porque cambia el interés o las prioridades de actuación de las instituciones, profesionales o políticas sociales, etcétera.

Coincidiendo con el declive de esta iniciativa, y aprovechando la experiencia adquirida, se fue involucrando en mayor medida en la intervención en varios centros educativos, a través de los programas de salud escolar, de prevención de abuso de drogas, de prevención de trastornos alimentarios, de educación sexual, etcétera, como por ejemplo, el programa Forma Joven. Aunque en un principio el centro de salud ejerció un mayor control en la implantación de las actividades relacionadas con estos programas, fue dejándolas progresivamente en manos de los profesores y miembros de la comunidad educativa, realizando a partir de entonces sólo funciones de asistencia técnica en actividades puntuales y en función de las demandas recibidas.

La declaración como Zona con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) del barrio de Las Palmeras, además de un conjunto de recursos adicionales, aportó mayor complejidad al planteamiento del trabajo comunitario desde el centro de salud. Por un lado se trata de una zona con un menor nivel inicial de organización

y movilización comunitarias. Por otro, a raíz de la declaración como ZNTS, han aparecido multitud de iniciativas e instituciones para trabajar en la zona. Ello ha hecho necesario en ocasiones aunar esfuerzos y plantear objetivos de coordinación entre instituciones de diferentes ámbitos y con objetivos muy diversos. Por otro lado, esta declaración coincide con un aumento de las ayudas de diverso tipo varios grupos poblacionales, lo que en cierta forma puede generar una dependencia de las instituciones implicadas. Los miembros de la comunidad se habitúan a esta dependencia, con lo que se puede generar el efecto negativo de frenar la organización social, la participación y la potenciación de los propios recursos comunitarios.

Parece, al hilo de lo expuesto por la trabajadora social entrevistada, que el momento histórico en el que se encuentre el contexto comunitario determina la organización de las iniciativas de intervención que se ponen en marcha desde el centro de salud. En El Higuero, la llegada de la trabajadora social coincide con un momento de implicación de los profesionales del centro de salud, de interés de la comunidad por sus propios problemas y de participación social elevada. La experiencia adquirida en este contexto permite iniciar otras actividades que parten del interés del propio profesional, aunque contando con la implicación de otros agentes comunitarios (la aplicación del programa Forma Joven en centros educativos de la zona, contando con la participación del profesorado en su aplicación, es un ejemplo de ello). Por el contrario, en una zona con un bajo nivel de implicación de sus miembros y cierta desorganización social, la iniciativa de los propios profesionales se torna fundamental para ser efectivos en el proceso de intervención. En estos casos, es muy importante lograr una coordinación efectiva

entre diferentes agentes de intervención, conseguir el consenso en los objetivos organizativos, o realizar tareas de sensibilización y movilización comunitarias (en este caso, la intervención en el barrio de Las Palmeras, tiene que seguir este esquema en el planteamiento de iniciativas por parte de la trabajadora social desde el centro de salud). Para la trabajadora social entrevistada es el primer modo de trabajo el más efectivo a medio y largo plazo y el más sencillo de mantener en el tiempo. En este caso, el profesional ejerce un papel de potenciación de los recursos comunitarios y estrategias de apoyo técnico a las iniciativas propias de los miembros de la comunidad.

En otro orden de cosas, la entrevistada dice tener bastante flexibilidad para organizar su actividad profesional. En el centro de salud, dedica dos días a consultas individuales, y un día en las zonas rurales de El Higuero y Villarrubia. Este tiempo de consultas le ocupa la mitad de la jornada laboral. El resto del tiempo, además de los lunes y los viernes, los dedica a participación en programas, visitas domiciliarias, formación, etcétera.

Sin embargo, no siempre ha sido así. Aunque en el centro actual ha estado desde el inicio de su actividad profesional, durante un tiempo trabajó además en otros dos centros de forma simultánea (Centro de Salud Previsión y Centro de Salud Plaza de Toros). Esta dispersión de las zonas o centros de trabajo redujo su trabajo prácticamente a la atención a demanda en consulta, ya que la diversidad de poblaciones a atender y las características de los contextos comunitarios, o las propias características de los centros y los equipos de salud, dificultaron la

adaptación de su actividad profesional y limitó el tiempo disponible para actividades “fuera del centro”.

Finalmente, en cuanto a la valoración que puede aportar sobre los resultados obtenidos con las iniciativas que ha puesto en marcha a lo largo de su actividad profesional, admite que nunca ha realizado una evaluación de sus resultados. Apunta que, en ocasiones, el propio proceso se puede considerar un indicador de la efectividad de la intervención. Por ejemplo, la creación de un consejo de salud puede conllevar un aumento de la participación social, una implicación de agentes sociales no involucrados en su inicio o una mejora de la sensibilización de la población respecto a los problemas de salud de la comunidad. Para ella, estos elementos asociados al mismo proceso de intervención, se pueden considerar como parte de los resultados obtenidos.

Caso 3. Encarnación Trujillo, C. S. Huéscar (Granada.)

La trabajadora social entrevistada trabaja desde 1989 en la Zona Básica de Salud de Huéscar que comprende los núcleos urbanos de Huéscar, Galera, Orce y Puebla de Don Fadrique, además de otros núcleos aislados menores.

La Galera y Puebla de Don Fadrique son dos zonas con un alto porcentaje de población extranjera. En el caso de La Galera, se trata de población extranjera de origen británico, de edad avanzada y con un alto poder adquisitivo, que ha elegido esta zona para vivir. En Puebla de Don Fadrique, la población extranjera está compuesta por inmigrantes marroquíes y latinoamericanos fundamentalmente. En el primer caso, la atención sanitaria se regula a través de convenios internacionales y los problemas sociosanitarios de esta población son de menor

importancia, aunque en algunos casos son hiper-frecuentadores. Por el contrario, en el caso de las personas inmigrantes de Puebla de Don Fadrique, la incidencia de problemas sociales y sanitarios es mucho mayor (IVEs, ausencia de vacunación en niños, etcétera) y el nivel de atención sanitaria puede ser precario en ocasiones debido a la ausencia de permiso de residencia y a las peores condiciones socioeconómicas y culturales. La intervención de la trabajadora social tiene que adaptarse a cada una de estas poblaciones. Para ello, ha necesitado realizar un diagnóstico básico de las necesidades de ambos grupos de extranjeros (mantenimiento de la autonomía, cuidados geriátricos o acompañamiento, en el caso de los extranjeros de La Galera, y cuidado materno-infantil, planificación familiar o mediación social en el caso de la Puebla de Don Fadrique).

En cuanto a los barrios de La Cruz y de San Clemente (en el núcleo de Huéscar) son las zonas con mayores problemas de exclusión social (de hecho están calificadas como zonas con necesidades de transformación social). Se trata de una población joven, de etnia gitana y que vive en las construcciones en cuevas típicas de la zona.

Para ella, su zona ha evolucionado y ha cambiado bastante desde que ella entró en el centro de salud. Al principio, la atención sanitaria tenía un carácter mucho más asistencialista y era menos frecuente la colaboración entre los profesionales del centro de salud y del entorno comunitario. Ahora hay muchos más recursos para la población y mayores oportunidades para que los profesionales se coordinen en la atención a los usuarios. Sí es cierto que la población más marginal, la que está en zonas con necesidades de transformación social sigue teniendo la misma

dependencia de los servicios y la misma actitud de escasa participación y motivación para el cambio. De hecho, en su zona, hay en general un bajo nivel de implicación y movilización comunitaria. Quizá sea algo más elevada en cuanto a las mujeres, pero es difícil involucrar por ejemplo a las minorías étnicas o a la población mayor en la implementación de programas de salud. En su caso la evolución parece haber sido diferente, ya que en otros casos, en los inicios de la reforma sanitaria, el cambio en el concepto de atención desde el centro de salud fomentó la adopción de una perspectiva más amplia en la intervención en las causas de los problemas comunitarios de salud.

Las organizaciones comunitarias con las que trabaja de forma más intensa son la Asociación Española Contra el Cáncer y la Asociación de Padres de Disminuidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales Aspadiisse (junto con la que aplican el programa de atención temprana, proporcionando atención psicológica, fisioterápica y logopédica a niños con problemas de 0 a 3 años). Por otro lado, la promoción y prevención de la salud la llevan a cabo con la Asociación de Vecinos de la Barriada San Clemente. Junto con otras instituciones públicas (centro de la mujer, servicios sociales, juzgados, fuerzas de seguridad, etcétera), han implementado un protocolo institucional de intervención en violencia de género. De hecho, se reúnen dos veces al año todos los agentes sociales implicados para unificar criterios de actuación y evaluar las medidas puestas en marcha. Finalmente, con los centros escolares, pusieron en marcha hace unos años una experiencia piloto de detección de necesidades de intervención con jóvenes escolarizados. En la actualidad, están implementando el programa Forma Joven.

Para ella, llevar varios núcleos poblacionales diferentes no implica demasiadas dificultades a la hora de desarrollar su actividad profesional, como sí ocurre en otros casos. En un principio, solía repartir el tiempo disponible entre los diferentes núcleos, lo que le suponía dificultades para poder desarrollar un trabajo adecuado en cada uno de ellos. En la actualidad ha optado por trabajar desde Huéscar y planificar desde allí todo el trabajo sociosanitario que desarrolla en su zona. Se desplaza a otras zonas en el caso de que exista una demanda de intervención desde el centro de salud que requiera la participación de la trabajadora social.

Caso 4. M^a Luz Burgos, C. S. El Palo (Málaga).

M^a Luz Burgos es trabajadora social del Centro de Salud El Palo desde hace 24 años. El centro de salud atiende a dos zonas diferenciadas:

- *El Palo*, que es un barrio tradicional de Málaga, con un alto grado de cohesión social y en el que sus miembros tienen un fuerte sentido de pertenencia al mismo. Se trata de un barrio con una gran diversidad poblacional: desde población de clase media-alta que vive en zonas residenciales, hasta población anciana que lleva mucho tiempo viviendo en el barrio, pasando por población con indicadores de riesgo social. En este barrio hay un nivel elevado de movilización y participación social.
- Por otro lado, *El Limonar* es una zona más homogénea, con una población de clase alta. En este caso, los problemas sociosanitarios están más relacionados con dificultades de autonomía en personas mayores.

Se trata de poblaciones que no ha cambiado mucho sus características desde que trabaja en el centro de salud. Quizá ha aumentado la población inmigrante, pero la población infantil y adolescente y la tercera edad siguen siendo los sectores poblacionales más atendidos. Esta estabilidad en cuanto a la evolución de la zona, le ha permitido desarrollar actividades e iniciativas con continuidad en el tiempo y mantener un patrón de intervención en todo el tiempo que lleva trabajando en el centro de salud.

Su entorno comunitario se caracteriza principalmente por la presencia de un elevado nivel de movilización asociativa y de participación de los usuarios en diferentes programas. Los usuarios perciben que el centro de salud es un recurso comunitario fundamental que pertenece a la comunidad, por lo que se sienten implicados en los procesos de toma de decisiones que afecten al funcionamiento del mismo. Por ejemplo, la asociación de vecinos de El Palo, ha sido la que tradicionalmente ha concentrado gran parte de los recursos de participación y las demandas de los miembros de la comunidad. De hecho, tuvieron un papel muy importante, junto a algunos profesionales sanitarios de la zona, en la creación del centro de salud y en el inicio de su puesta en marcha, a través de sus presiones y reivindicaciones a las administraciones públicas. Junto a la asociación de vecinos, la asociación de mayores, la asociación de comerciantes, los centros educativos y el propio centro de salud, aglutinan gran parte de los recursos de intervención y movilización en el barrio.

Al comienzo de su actividad profesional puso en marcha un consejo de salud, junto a otros profesionales y agentes sociales de la comunidad. El principal

objetivo de este consejo fue informar y sensibilizar a la población acerca de la atención primaria y los cambios que implicaba la reforma sanitaria. Ello permitió difundir el carácter sociosanitario y comunitario que tendría la intervención en salud desde el centro, lo que favoreció la participación de los miembros de la comunidad en las iniciativas que se pusieron en marcha desde el mismo.

Desde el Distrito Sanitario se solicitó que todas las unidades clínicas elaboraran un plan de participación ciudadana, que recogiera todas las actividades que ya se realizaban en los centros con las entidades comunitarias y también aquellas que se iban a implementar. Dentro de esta iniciativa, en su centro incluyeron todas las actividades con algún componente de participación comunitaria como: la Escuela de Envejecimiento Activo, los Talleres de Habilidades sociales para mujeres, los Talleres de relajación, el Programa Forma Joven, etcétera, además de actividades puntuales como la Semana sin Humos en los centros educativos.

En su caso, en la atención individualizada trata de aplicar estrategias y recursos de carácter sociosanitario y de promoción de la salud (como por ejemplo, en los programas de control de embarazo o salud infantil). En el caso de la atención individual, dedica dos días semanales (con una media de tres horas en cada día) de atención directa a demanda del usuario, uno en El Palo y otro en El Limonar.

Por otro lado, la demanda de atención se ve orientada tanto por los programas y las prioridades que tiene el equipo de salud como por la percepción de estas prioridades por parte de los usuarios. Es decir, los usuarios demandarán en mayor medida aquellos recursos que saben que se les puede ofrecer desde el centro de salud.

Para ella existe una laguna clara en la Ley de Dependencia en cuanto al papel de los servicios sanitarios de atención primaria en general y el papel del trabajador social en salud en particular. La consulta de trabajo social en APS es uno de los servicios por los que acceden gran parte de las demandas de valoración de dependencia o solicitud de recursos y ayudas a cargo de esta ley. Sin embargo no existen protocolos establecidos de coordinación interinstitucional entre los Servicios Sociales y Comunitarios y el trabajador social de atención primaria para el establecimiento de actuaciones conjuntas. De este modo, estos contactos se tienen que establecer de manera informal.

Caso 5. Rosario Gavilán, C. S. Fuengirola Oeste y C. S. Los Boliches (Málaga).

Rosario Gavilán es trabajadora social en los centros de salud de Fuengirola Oeste y Los Boliches (Málaga). Comenzó a trabajar en APS en Palma Palmilla, donde estuvo durante siete años. Posteriormente, estuvo durante tres meses en el Centro de Salud de Estepa, para pasar finalmente a los dos centros de salud en los que está actualmente, y en los que lleva un año.

Ambas zonas, Fuengirola Oeste y Los Boliches, tienen un buen nivel de asociacionismo y movilización social. El nivel socioeconómico de la zona de Fuengirola es algo más bajo que la de Los Boliches. Además, Los Boliches tiene también una gran proporción de personas de edad avanzada, que provienen de otras zonas, que viven solos y que en algunos casos tienen problemas de dependencia. En esta zona, se ha incorporado a un programa que ya existía antes de su llegada, organizado en colaboración con la Cruz Roja y que consiste en la

creación de un servicio de acompañamiento comunitario a personas mayores mediante voluntarios.

El principal cambio que ha experimentado en las zonas en las que está actualmente tiene relación con el carácter comunitario de su trabajo. En Palma Palmilla, sí veía sentido a su rol como trabajadora social en atención primaria y desarrollaba una intervención de carácter realmente sociosanitario. Sin embargo, en la actualidad, llevar dos zonas y dos centros de salud diferentes dificulta mucho su trabajo, hasta el punto de que casi se tiene que limitar a la atención en consulta y la participación en los programas preestablecidos desde el SAS y el centro de salud. Tener dos centros de salud hace que la trabajadora social sea menos visible para los usuarios y otros profesionales del centro. Asimismo, se tiene que atender una gran cantidad de población con características diferentes, con lo que hay que hacer un mayor esfuerzo por adaptar la propia actividad profesional a estas diferencias.

En Palma Palmilla participó en el Proyecto Hogar, una iniciativa de participación ciudadana que tuvo bastante repercusión. El proyecto se dividió en varias fases. En una primera fase se llevó a cabo un diagnóstico comunitario en el que participaron agentes y miembros de la comunidad. Este diagnóstico trataba de detectar las necesidades y problemas de la zona, antes de diseñar un plan de acción y poner en marcha diferentes iniciativas. Ella formó parte del grupo de técnicos que participó en la recogida de información durante esta fase. Posteriormente se organizaron mesas de trabajo y asambleas en las que se devolvieron los resultados a los propios usuarios y miembros de la comunidad y

se comenzó a trabajar en diferentes propuestas. En concreto, los tipos de grupos formados fueron los siguientes:

- Grupo motor: grupo inicial de 36 personas que dio comienzo a las primeras actividades del Plan Comunitario.
- Mesas temáticas: se trataba de mesas de trabajo en torno a todo el barrio de Palma Palmilla. Participaban profesionales, vecinos, agentes sociales, etcétera. En concreto, se crearon 6 mesas: Educación, Salud (que en parte fue organizada y coordinada por Rosario Gavilán), Seguridad, Juventud, Inmigración y Empleo. Se trataba de grupos de carácter analítico y propositivo.
- Mesas de barrio: en ellas participaban los vecinos y profesionales de cada una de las cuatro zonas de Palma Palmilla: La Palma, La Palmilla, Las 720 viviendas y Las 503 viviendas. Cada una de estas cuatro mesas abordaba problemas relacionados con vivienda, mujer, colectivos, recursos y limpieza.
- Asambleas de vecinos: espacio básico de participación, donde se discutían los problemas y se aportaban ideas, además de debatir las propuestas que partían de las mesas de barrio y las mesas temáticas.
- Mesa de administración: compuesta por las todas las áreas municipales y de la Junta de Andalucía con competencias en el barrio. Su objetivo era debatir las iniciativas y propuestas de las asambleas de vecinos, las mesas de barrio y las mesas temáticas.

- Grupo creativo: grupo encargado de la difusión del programa en los medios. Trabajaba en la imagen y la identidad del barrio.
- Grupo Control: grupo que realizaba un seguimiento y control de los compromisos adquiridos por el resto de grupos. Estaba formado por representantes de los grupos anteriores.

Una de las estrategias fundamentales que pusieron en marcha fue buscar no sólo los líderes formales del entorno comunitario, sino también los líderes informales, es decir, aquellos agentes sociales que no participan en las instituciones y organizaciones comunitarias, pero que jugaban un papel de movilización y promoción muy importante en la zona. Este proyecto es un ejemplo claro de creación de coaliciones comunitarias para el diagnóstico de necesidades y la implementación de iniciativas sociales.

Uno de los mayores beneficios de su participación en este proyecto es que llegó a conocer con gran detalle las características de su entorno comunitario, así como los problemas, necesidades y prioridades que debía atender desde el centro de salud en el que trabajaba. Por otro lado, el nivel de coordinación y colaboración con otros agentes comunitarios facilitó su trabajo, al poder contar con recursos que de otro modo no estarían a su alcance. En esta zona de Palma Palmilla, también ha participado en experiencias de planificación familiar, prevención de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) o la mejora de la alfabetización y de la integración social (proyecto VIVE, organizado por Cáritas).

Caso 6. Bienvenida Oliver, C. S. San Pablo (Sevilla).

Bienvenida Oliver es trabajadora social en el Centro de Salud San Pablo (Sevilla). Comenzó su actividad profesional en Cataluña, siempre ligada al ámbito de la salud desde la reforma sanitaria de 1985. Posteriormente estuvo durante un año en un centro de salud en Castilleja de la Cuesta, antes de trasladarse definitivamente al centro de salud en el que está actualmente y en el que lleva 10 años. De este centro dependen cuatro barrios o zonas diferenciadas:

- Los barrios C, D y E de San Pablo. Se trata en general de zonas con población anciana y con problemas de movilidad, autonomía y enfermedades crónicas, cuyos hijos en muchos casos tuvieron problemas de consumo y abuso de drogas (aunque este dato se basa más en una apreciación de la trabajadora social que en la recogida sistematizada de información en el contexto). Por otro lado, la saturación de otras zonas y barrios limítrofes ha provocado un aumento significativo en los últimos años de población inmigrante.
- El barrio de Santa Clara, se trata de una zona residencial, con un nivel socioeconómico elevado, muy diferente de las tres anteriores, aunque también con un elevado porcentaje de población mayor.

En estas zonas, las demandas son muy diferentes en uno y otro caso. Por ejemplo, en el caso de los barrios C, D y E, las demandas están más relacionadas con la solicitud de atención a problemas relacionados con la tercera edad (dependencia y cuidados, fundamentalmente). Mientras, las demandas los usuarios provenientes del barrio de Santa Clara están más relacionadas con el seguimiento y la

mediación familiar. En total atiende en su zona a unos 22.000 habitantes, una ratio poblacional bastante elevada, teniendo en cuenta que se trata de un sólo centro de salud y ella es la única trabajadora social en salud de la zona.

Durante el año 2009, uno de los objetivos fundamentales del Servicio Andaluz de Salud ha sido la promoción de la participación ciudadana. Para ello se ha procurado motivar a las asociaciones y organizaciones comunitarias para que propusieran iniciativas conjuntas con el centro de salud, que solicitaran la provisión de recursos de acuerdo a sus necesidades o que participaran en la creación de consejos de salud en la que estuvieran implicados profesionales y miembros del entorno comunitario. En su caso, ha encontrado bastantes dificultades para lograr la implicación de las asociaciones existentes en su zona. Para ella, esto se debe a que se trata de una población que tiene una escasa conciencia de los problemas sociales de su entorno y a que no existe una cultura de reivindicación y participación. No existen demandas relacionadas con la organización de actividades de formación y sensibilización, ni interés en participar en las mismas. De hecho, la actividad comunitaria en cuanto a participación social se reduce a la que proviene de los Servicios Sociales Comunitarios, de algunas asociaciones de vecinos y algunas asociaciones deportivas.

Esta escasa participación social requiere de una mayor implicación por parte del trabajador social en el entorno del centro de salud. En la mayoría de los casos, las iniciativas parten de los intereses y motivaciones del profesional como forma de superar la ausencia de demandas comunitarias. Por ejemplo, la trabajadora social entrevistada visita continuamente las organizaciones que trabajan en la zona

(centros escolares, asociaciones de vecinos, etcétera), detectando necesidades de intervención en diferentes ámbitos y coordinándose con otros servicios sociales y sanitarios para la implementación de programas. Por ejemplo, ella coordina y media entre los responsables de los programas del centro de salud y los profesionales de los centros escolares de la zona, siendo el vehículo facilitador para que se implanten las actividades del programa Forma Joven y del programa de vacunación escolar.

Para Bienvenida, no es fácil adaptarse al contexto sanitario siendo un profesional del trabajo social. De hecho, además de desempeñar su rol dentro del servicio prestado desde el centro al usuario, el trabajador social debe desarrollar una cierta labor de concienciación de otros profesionales del sistema sanitario. Se trata de aportar una visión diferente de la centrada meramente en la asistencia sanitaria al usuario, incorporando los factores sociales y comunitarios como determinantes de la salud de la población. Un ejemplo de estas dificultades es que desde la administración no se propone ningún tipo de indicador de evaluación que sirva para justificar cualquier tipo de intervención en salud de carácter psicosocial, sea a nivel individual, grupal o comunitario. De hecho, todos los indicadores solicitados son de carácter individual y cuantitativo, y referidos a intervención en consulta.

Por otro lado, Bienvenida es coordinadora del grupo de trabajadoras sociales de los centros de salud del Distrito Sanitario de Sevilla Capital. Se trata en cierta forma de un rol informal, ya que no está establecido ni definido oficialmente por el Servicio Andaluz de Salud. Su papel consiste en coordinar la actuación de las trabajadoras sociales de su distrito, planteando pautas y objetivos comunes de

actuación e intentando poner en común las dificultades y problemas encontrados en su actividad profesional en el centro de salud. Asimismo, esta figura tiene el objetivo de visibilizar la labor del trabajador social en salud y aglutinar las reivindicaciones provenientes de este colectivo. Además, en su Distrito de Salud, llevan a cabo un registro de los casos individuales atendidos por todas las trabajadoras sociales de atención primaria en salud.

Finalmente, tiene la sensación de que su actividad profesional y las iniciativas que ha puesto en marcha han tenido en general un escaso impacto en la población. Ello se debe sobre todo a la escasez de recursos de los que dispone para atender a una población muy amplia lo que la obliga a atender a aquellos usuarios con mayores problemas o necesidades más importantes.

Caso 7. Dolores Barrios, C. S. Montequinto (Sevilla).

Dolores Barrios es trabajadora social en el Centro de Salud de Montequinto, en Sevilla. También es coordinadora de las trabajadoras sociales de los centros de salud del Distrito Sevilla Sur. Empezó a trabajar en el Centro de Salud de Puebla de Cazalla, donde estuvo durante 12 años. Posteriormente estuvo en los Centros de Salud de Bellavista y Bermejales (Sevilla) antes de trasladarse definitivamente al Centro de Salud Montequinto, donde lleva 7 años.

Montequinto es un “barrio dormitorio”, compuesto principalmente por parejas jóvenes que se desplazan a Sevilla para trabajar. Debido a ello, aunque pertenece administrativamente a Dos Hermanas, el arraigo y sentido de pertenencia que su población tiene a esta ciudad es más bien bajo. Un fenómeno reciente asociado a la dinámica del barrio es que muchas de las familias jóvenes se están trayendo

consigo a sus padres y familiares de mayor edad, en su mayoría personas dependientes, lo que está generando una nueva necesidad de atención entre los usuarios relacionada con la solicitud de ayudas y recursos relacionados con esta dependencia. La población de su zona tiene un nivel socioeconómico medio y no hay una proporción significativa de personas en riesgo de exclusión social. De todos modos, su experiencia es que la población en riesgo de exclusión social y las minorías étnicas (como la etnia gitana o los inmigrantes) no son demandantes habituales del centro de salud. Suelen acudir a los servicios por otras vías como por ejemplos los dispositivos de urgencia, donde es más difícil detectar necesidades sociosanitarias y realizar un seguimiento exhaustivo de casos concretos.

En su zona existe una comisión de salud bastante activa a nivel comunitario. Su objetivo fundamental es potenciar los propios recursos del barrio para mejorar los indicadores de salud de la población. En esta comisión participan las asociaciones de vecinos, las asociaciones de mujeres, las agrupaciones políticas y el centro de salud. Las reuniones suelen ser mensuales, y en ellas se tratan temas relacionados con el funcionamiento de los servicios de salud, la satisfacción de los usuarios, las necesidades de la comunidad, el funcionamiento de los programas, etcétera.

Como coordinadora de las trabajadoras sociales del Distrito Sevilla Sur, su papel es el de servir de referencia al resto de profesionales. Se suelen reunir una vez al mes y tratan de consensuar pautas y objetivos comunes de actuación, teniendo en cuenta las diferencias de funcionamiento de cada centro de salud y las características de cada zona. Igualmente, sirve de enlace con el distrito sanitario y

el coordinador institucional a la hora de plantear problemas y reivindicaciones comunes.

Aunque el discurso institucional que predomina es el de dar importancia al enfoque biopsicosocial en la atención a los problemas de salud, la realidad es que en muchos centros se termina imponiendo un modelo asistencialista. Las principales barreras que lo provocan son la falta de recursos o el exceso de demandas de los usuarios, la falta de claridad de rol, etcétera. Ello también puede afectar a los trabajadores sociales cuando terminan adoptando este modelo biomédico de intervención, con lo que la naturaleza de su actividad profesional se desvirtúa. En estos casos, la trabajadora social se puede convertir en una mera “recetadora de recursos” en la atención a demanda del usuario. De todos modos, ella en su centro de salud tiene el apoyo de los compañeros a la hora de desarrollar su rol profesional. Incluso comparte con ellos una perspectiva amplia en el tratamiento y la atención a los usuarios en cuanto a la consideración de los determinantes de la salud y la enfermedad. Ello le permite poner en marcha iniciativas de intervención comunitaria en salud, como la participación del centro en la comisión de salud del barrio.

El sistema de registro de su actividad profesional, mediante el programa DIRAYA, está adaptado para la práctica clínica de médicos y enfermeros, antes que para las actividades profesionales del trabajador social. Sólo se pueden registrar los casos individuales y los resultados de tratamientos aplicados, lo que dificulta llevar a cabo una evaluación sistemática de los resultados de intervenciones sociales en salud, bien sean individuales, grupales o comunitarias.

En su entorno se valora positivamente las iniciativas y actividades que ha puesto en marcha en su zona. Ha conseguido mantener un nivel de coordinación adecuado con diferentes servicios y agentes comunitarios: centros escolares, instituto de la mujer, asociaciones vecinales, organizaciones comunitarias, etcétera. Por otro lado, ha aumentado la participación comunitaria en su zona en el tiempo que ella lleva en el centro de salud. Finalmente, uno de los resultados tangibles de su actividad profesional es el aumento de la demanda de atención a necesidades sociosanitarias en el centro de salud.

Caso 8. Alejandro Chico, C. S. Los Marqueses (Linares).

Alejandro Chico es el trabajador social del centro de Salud Los Marqueses, en Linares (Jaén). Además de ello, es profesor de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Jaén. Anteriormente trabajó en un centro de salud en Bailén, donde fue el primer trabajador social del centro.

Se trata de una zona en la que predominan las demandas asociadas a la tercera edad, los problemas de dependencia y las enfermedades crónicas.

Las zonas en las que trabaja son bastante activas con relación a la participación social y el activismo comunitario. Por ejemplo, en su zona de salud han organizado un Comité de Participación Ciudadana en el que se integran varias asociaciones y organizaciones comunitarias, además de otros agentes y líderes comunitarios. En este comité han puesto en marcha diversas iniciativas relacionadas con intervención en salud.

Por otro lado, en su entorno existen organizaciones muy activas a nivel provincial y regional. Por ejemplo, en Linares se encuentra la sede de la Federación Andaluza de Asociaciones Gitanas Cristianas, con una gran capacidad de movilización e influencia comunitaria. Igualmente cuentan con una Federación de Asociaciones de Vecinos. Sin embargo, parece que aunque el nivel asociativo en Linares y en la provincia de Jaén en general es bastante elevado, no ocurre lo mismo con el voluntariado y la participación ciudadana. De hecho, en su caso ha encontrado dificultades para encontrar voluntarios que quieran participar en algunas de las iniciativas que ha puesto en marcha.

Para Alejandro Chico, el trabajador social es un profesional que debe aplicar estrategias de innovación continua en su contexto. La intervención social no se entiende sin esta actitud innovadora ante la tarea de hacer frente a los problemas sociosanitarios. La intervención en este tipo de problemas se puede realizar bien en un nivel individual, en un nivel grupal o en un nivel comunitario. De hecho, para él es posible desarrollar intervención sociosanitaria a un nivel individual, promoviendo estrategias de promoción de la salud y potenciando los recursos individuales del usuario. No habría que eliminar la atención en consulta en el trabajo social en APS, sino reconducir este tipo de intervención, manteniendo una actitud proactiva en la búsqueda de necesidades individuales en los usuarios y canalizando los objetivos y recursos del nivel grupal o comunitario al nivel individual.

Algunos ejemplos de esta actitud innovadora del trabajador social entrevistado frente a la intervención social desde el centro de salud son (a) la elaboración de

una ficha de seguimiento de casos, para llevar un registro de los casos atendidos, la evolución y los resultados obtenidos (lo que permite obtener indicadores de evaluación que no están presentes en los instrumentos ofrecidos por el SAS), (b) la creación de un programa pionero en salud bucodental preventiva, planteando la colaboración entre profesionales sanitarios y no sanitarios o (c) la puesta en marcha de un programa de recogida de material ortoprotésico, que plantea también como procedimiento de trabajo la colaboración interprofesional entre miembros del centro de salud.

Para él, también es fundamental la utilización de modelos teóricos que guíen su intervención en el contexto comunitario. Por ejemplo tiene como referencia el modelo sistémico y la orientación conductual en el tratamiento de problemas individuales y grupales, con una especial atención a las dinámicas que se producen en los contextos familiar y comunitario.

Caso 9. Antonio Gutiérrez, C. S. Loreto-Puntales y C. S. Puerta Tierra (Cádiz).

Antonio Gutiérrez es trabajador social en los Centros de Salud Loreto-Puntales y Puerta Tierra (Cádiz). A pesar de tratarse de dos zonas contiguas, son bastante diferentes en cuanto a sus características y dinámicas comunitarias:

- La zona de Loreto-Puntales tiene una población más definida y ocupa un espacio físico más delimitado que los de Puerta Tierra. Se trata de un barrio cohesionado, con grupos activos que participan en diversas iniciativas comunitarias y que tienen capacidad de promover la movilización de la población. Es un barrio que está siendo remodelado y

aunque tradicionalmente ha sido una zona cerrada, con un acceso difícil a otras zonas de la ciudad, a raíz del soterramiento del tren, se está abriendo al exterior.

- Puerta Tierra por el contrario es una zona con un espacio más difuso, que comparte estructuras y espacios con otras zonas colindantes. En este caso se trata de una zona de tránsito. El trabajador social entrevistado cree que en esta zona el movimiento asociativo es más escaso, está más disgregada y cuenta quizá con una menor cohesión social.

Además, considera que el centro de Puerta Tierra es menos innovador y más resistente al cambio. Se trata de un entorno más rígido, que se presta menos a cambios en las dinámicas del propio centro y al apoyo a nuevas ideas de sus integrantes. En este contexto es mucho más difícil la cooperación dentro del equipo de salud para ofrecer una atención integral al usuario. Por el contrario, en Loreto-Puntales hay un ambiente que permite la participación de sus miembros y que facilita la colaboración en diversos ámbitos de los profesionales sanitarios. En este caso, el trabajador social se siente apoyado en sus actuaciones y en el rol que desempeña en el centro de salud. En cualquier caso reconoce que las actitudes individuales de profesionales de otras disciplinas no se pueden confundir con la “tónica” de cada equipo y profesionales en ambos centros con los que puede desarrollar iniciativas de cooperación en la atención a usuarios.

Anteriormente estuvo desde 1987 hasta 2001 en equipos de salud mental en Villamartín y Jerez (Cádiz). Desde 2001 a 2006 estuvo en cuatro centros de salud al mismo tiempo: Laguna, Loreto-Puntales, La Paz y Puerta Tierra.

Posteriormente, desde 2006 hasta 2009 estuvo en una Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil, antes de incorporarse a los centros de salud en los que se encuentra en la actualidad. Para él, salud mental es un contexto en el que el rol del trabajador social estaba muy bien definido, y en el que la implicación comunitaria de los profesionales es bastante elevada. La APS tiene quizá la ventaja de que se trata de un ámbito de trabajo mucho más amplio, aunque existe una menor claridad del papel que puede tener un profesional de la intervención social. Además, existe la tendencia a vincular al trabajador social a tareas administrativas y de gestión de recursos. De todos modos, aunque parece que las propias condiciones de la organización y del equipo de trabajo son fundamentales a la hora de desarrollar el rol profesional, el papel que adopta el trabajador social también es muy importante a la hora de definir adecuadamente sus competencias dentro del centro de salud. Es necesario explicitar adecuadamente las funciones al resto del equipo de salud. Por otro lado, el trabajo de atención sociosanitaria e intervención social y los resultados obtenidos son los que permitirán aumentar la visibilidad del trabajador social, desvinculándole del modelo asistencialista.

La población inmigrante no es muy amplia en las zonas en las que trabaja. De todos modos, no ha dedicado muchos recursos a la atención de la misma. Al igual que en el ámbito materno-infantil, piensa que en el ámbito de la inmigración hay un conjunto de necesidades pendientes que no logra cubrir con su actividad profesional. Entre otras razones, apunta a que quizá no haya conseguido encontrar espacios comunes de colaboración con otros profesionales del centro de salud como sí lo ha hecho en otros ámbitos como la tercera edad o la atención en salud mental. En el caso concreto de la inmigración, percibe que se solicita de su parte

tareas de tipo administrativo que “contaminan” la intervención y que le impiden realizar intervenciones de carácter sociosanitario con esta población (por ejemplo, la tramitación de la tarjeta sanitaria). Además, piensa que es una población con dificultad de acceso los servicios, y que en muchas ocasiones, centran sus demandas en cuestiones meramente administrativas.

Por otro lado, acaba de comenzar a implementar un programa de atención a personas cuidadoras. Su objetivo es prestar apoyo emocional a personas que ejercen de cuidadoras de personas dependientes. Durante la primera mitad del año ha estado participando en actividades de investigación y formación sobre el tema, lo que le ha facilitado el diseño de esta iniciativa. También participa en una experiencia de coordinación de los Servicios Sociales con las asociaciones vecinales de la zona. En esta iniciativa, acude a las reuniones que se organizan con los colectivos participantes y realiza labores de apoyo a otros trabajadores sociales de la misma. Para él, lo más satisfactorio de su actividad profesional es el trabajo de casos en colaboración y coordinación con otros profesionales del centro de salud y del entorno comunitario (con médicos y enfermeros, con servicios sociales comunitarios, con asociaciones de vecinos, etcétera).

El problema de la definición del papel del trabajador social en el sistema sanitario proviene de cierta tendencia al reduccionismo en la percepción del rol por parte de los profesionales que lo integran. La cultura de atención en las organizaciones sanitarias se centran en ofrecer siempre algo tangible al usuario, ya sea un tratamiento, un medicamento o en el caso del trabajador social, un recurso. Las estrategias de prevención y promoción de la salud o de potenciación de los

propios recursos del usuario tienen un impacto poco visible y una escasa continuidad en las organizaciones sanitarias. Por tanto, los errores en la percepción que puedan tener otros profesionales del papel del trabajador social provienen en gran medida de determinados factores y dinámicas organizativas e institucionales, más que de actitudes individuales o colectivas. Igualmente, considera fundamental recuperar el lenguaje propio del trabajo social y no doblarse al lenguaje de otros profesionales sanitarios como forma de mantener la propia identidad como colectivo dentro del sistema sanitario.

Finalmente, cree que los principales resultados de las iniciativas e intervenciones que ha llevado a cabo se pueden observar sobre todo en actuaciones concretas a nivel individual. También piensa que se pueden observar cambios a nivel de dinámicas de relación institucionales, toda vez que gran parte de su trabajo implica la colaboración con otros agentes comunitarios.

Caso 10. Begoña Santos Navarro, Distrito Sanitario Poniente (Almería).

Begoña Santos es trabajadora social en el Distrito Sanitario Poniente de Almería, en El Ejido. Sus funciones principales son, por un lado, la de servir de profesional de apoyo a las zonas con necesidades de transformación social (realización de estudios de riesgo social en estas zonas, apoyo a los planes de intervención, etcétera). Por otro lado, se encarga de la organización de iniciativas de participación ciudadana y colaboración con el tejido asociativo del distrito. También lleva a cabo, de modo informal, labores de coordinación de las profesionales de trabajo social en atención primaria en la zona. Anteriormente

estuvo en el Centro de Salud de Las Norias durante un año, antes de pasar hace año y medio a trabajadora social de distrito.

Su distrito tiene zonas muy diferentes entre sí:

- a. Algunas zonas como Las Norias o San Agustín, carecen de tejido asociativo y la población no participa apenas en las iniciativas que se ponen en marcha desde el centro de salud. Además, la elevada población inmigrante de estas zonas, de carácter reciente y en su mayoría en situación irregular, está provocando que una parte de la población autóctona se traslade a otras zonas y que el sentido de pertenencia al barrio y la cohesión social haya disminuido considerablemente. Todo ello ha condicionado la intervención sociosanitaria desde el centro de salud en estas zonas.
- b. Por el contrario, en otras zonas como Roquetas de Mar, y en menor medida en El Ejido, hay un nivel más elevado de asociacionismo, sobre todo entre la población inmigrante, lo que facilita la intervención desde el centro de salud a través de su colaboración en diversos programas de atención sociosanitaria.

Por otra parte, el alto porcentaje de población inmigrante determina en gran medida las características sociodemográficas de la comunidad. Además hace que la edad media poblacional sea menor que en otras zonas, con lo que existe una menor proporción de población de edad avanzada demandante de atención sociosanitaria. En este sentido, sí han aumentado la atención en el ámbito materno-infantil, al existir un mayor índice de natalidad entre los inmigrantes.

Igualmente, han aumentado los programas dentro del ámbito de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, que parece que también tienen una mayor prevalencia entre la población inmigrante.

De hecho, en su distrito la mayoría de los programas van dirigidos a la población inmigrante (que constituye un 30 por ciento del total de la población). Incluso aquellos que son de carácter general, tienen algún componente de atención a la diversidad. La composición poblacional determina en este caso el rol profesional que desarrolla el trabajador social, así como el contenido de las iniciativas que se implementan.

En Roquetas de Mar, los médicos y enfermeros del centro de salud están implementando un programa de intervención con mujeres subsaharianas prostitutas, en el que colaboran las organizaciones Pro Derechos Humanos y Aymur. Tratan de captar a estas mujeres mediante las visitas a los clubs, a sus casas o bien en el mismo centro de salud, para ayudarlas en primer lugar a tramitar su tarjeta sanitaria, ya que es la mejor forma de tenerlas localizadas e integradas en el sistema de salud. Posteriormente, con la ayuda de miembros de su propio grupo étnico, además de traductores, mediadores, etcétera, estas mujeres participan en actividades de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o de planificación familiar. En este último caso, se ha reducido a la mitad el número de interrupciones voluntarias del embarazo en esta población durante el año 2009.

Por otro lado, también en Roquetas, los profesionales de los equipos de salud colaboran en los cursos de español para inmigrantes del Ayuntamiento,

incluyendo actividades y contenidos transversales de intervención sociosanitaria (acceso al sistema sanitario, trámites, prevención del VIH, manipulación de alimentos, etcétera) lo que permite acceder a una población con determinadas necesidades de atención en salud, sin dedicar apenas recursos a su captación. En este caso, utiliza una actividad no relacionada con la intervención sociosanitaria, y que tiene una gran aceptación y poder de convocatoria entre la población diana, para incluir contenidos transversales relacionados con la prevención e intervención en salud, lo que permite aprovechar recursos ya existentes en el entorno comunitario.

Igualmente, tienen en marcha un programa de intervención sociosanitaria con población infantil en guarderías en colaboración con el Ayuntamiento de El Ejido. En este contexto realizan entre otros, talleres sobre higiene infantil. Aunque se trata de una actividad dirigida a la población general, es cierto que en las guarderías se encuentra un alto porcentaje de hijos de inmigrantes, lo que obliga a que el programa tenga también en cuenta este componente de diversidad cultural.

Finalmente, han desarrollado un programa de visitas domiciliarias a mujeres inmigrantes, sobre todo subsaharianas y marroquíes. La estrategia es reunir a un grupo de mujeres de una misma zona (calle o bloque) e impartir sesiones breves sobre planificación familiar. En esta actividad colaboran la mediadora intercultural del Hospital de Roquetas de Mar, una enfermera del centro de salud y la organización Pro Derechos Humanos.

La figura del mediador intercultural es muy demandada para la implementación de cualquier tipo de programa de intervención desde el centro de salud. Sin embargo,

no es un profesional que esté presente de manera generalizada en todos los servicios sanitarios y sociales. Existe en la mayoría de los ayuntamientos de la zona dentro de los servicios de bienestar social, en algunos hospitales y en algunas organizaciones privadas.

RESUMEN

La interacción entre los procesos organizativos y comunitarios influye en la implementación de iniciativas de intervención social en salud. El concepto de preparación para el cambio refleja esta interacción entre las características organizativas y comunitarias y la efectividad de la implementación. En la presente tesis se estudian estos procesos en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS) en Andalucía.

El sistema de APS se inicia en España con la reforma sanitaria de 1984. En esta reforma se definen los elementos básicos de la APS: el Distrito y la Zona de Salud, el Centro de Salud y la composición del Equipo Básico de Salud. En este contexto, se definió también el papel del trabajador social de salud. Este profesional desarrollaría funciones de atención a los factores psicosociales en los problemas de salud, de coordinación sociosanitaria y apoyo social, de aplicación de estrategias de intervención grupal y comunitaria y de promoción y atención integral en salud. Sin embargo, desde el inicio surgieron dificultades relacionadas con el ajuste de sus funciones al sistema sanitario y con su integración en los equipos de salud.

En este contexto se plantea el estudio de procesos relacionados con la transferencia de resultados entre ciencia y práctica y la implementación de iniciativas sociales. Los modelos de la ciencia de la prevención y la ciencia comunitaria se diferencian en función del punto de vista adoptado en estos

procesos de transferencia de resultados. En el primer caso, se ha prestado atención principalmente al diseño de la intervención y a su ajuste teórico y comunitario. En el caso de la ciencia comunitaria, el foco de atención se centra en la apropiación por parte de la comunidad del proceso de implementación. La integración de estas dos perspectivas pone de manifiesto la importancia de la formulación de estrategias de transferencia de resultados, que tengan en cuenta la interacción de las características comunitarias y el proceso de implementación y difusión de innovaciones en la comunidad.

Mediante la presente tesis se ha planteado el estudio de la interacción entre factores organizativos y comunitarios en APS y su impacto sobre el rol y la práctica profesional de los trabajadores sociales en los centros de salud. Para ello, se han realizado tres estudios que nos han permitido explorar por un lado las características de los contextos comunitarios (preparación comunitaria para el cambio, participación social, etcétera) de los centros de salud y, por otro el ajuste de la práctica profesional a estos contextos. Igualmente se han descrito los principales procesos organizativos y grupales de los centros y equipos de salud en APS, así como la percepción diferencial de estos procesos por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios.

El objetivo del primer estudio fue la evaluación de la preparación comunitaria de los contextos comunitarios de los centros de APS en Andalucía. Para ello se entrevistaron 81 trabajadores sociales de centros de salud en Andalucía. Los resultados mostraron que los contextos comunitarios evaluados se ajustaban a tres

perfiles de preparación para el cambio: un contexto biomédico, un contexto técnico-asistencial y un contexto comunitario.

El segundo estudio tuvo como objetivo general la evaluación de la relación entre la práctica profesional de los trabajadores sociales de APS y los factores organizativos de los centros de salud. Para ello se evaluaron 40 centros de salud en los que se entrevistaron 80 informantes clave. En los resultados se obtuvo una descripción detallada del rol del trabajador social. Además se mostró cómo su integración en los equipos de salud estaba relacionada con las demandas percibidas, por el peso de la atención individualizada en las funciones desarrolladas y por el sentido de pertenencia al centro de salud.

En el tercer estudio se exploró la relación entre el contexto comunitario de intervención, las características organizativas del centro de salud y la práctica profesional del trabajador social de APS. En este caso, se trató de un estudio guiado por los resultados encontrados anteriormente. A través de 10 estudios de caso con informantes clave, se evaluó la interacción entre el contexto comunitario y los factores organizativos en la práctica profesional del trabajador social.