

PARTICIPACIÓN SOCIAL, PREPARACIÓN COMUNITARIA E INTERVENCIÓN EN SALUD. ESTUDIOS DE CASO DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ANDALUCÍA

DANIEL HOLGADO RAMOS¹, ISIDRO MAYA JARIEGO²

1. DOCTOR EN PSICOLOGÍA. BECARIO DEL MAEC-AECID.

2. DOCTOR EN PSICOLOGÍA. PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

dholgado@us.es

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo la evaluación de la relación entre el contexto comunitario y el contexto organizativo en la implementación de programas en Atención Primaria de Salud en Andalucía (APS). Para ello, se realizó un estudio cualitativo basado en el análisis de caso y el análisis conceptual del discurso de 10 trabajadores sociales de APS, que actuaron como informantes clave de los contextos evaluados. Se aplicó (a) una entrevista semi-estructurada a los informantes clave participantes, basada en diversos indicadores relacionados con el contexto organizativo del centro de salud, el entorno comunitario y la práctica profesional y se realizó (b) la observación externa del funcionamiento del centro y la documentación por fuentes externas de las características comunitarias. Los resultados muestran tres ámbitos fundamentales en la red conceptual del discurso de los profesionales entrevistados. Por un lado, la participación social, relacionada con la creación de coaliciones y consejos de salud y ajuste comunitario de las intervenciones. Un segundo ámbito relacionado con la preparación comunitaria y las características del entorno social en el que se inserta el centro de salud. El tercer ámbito se relaciona con el funcionamiento del centro de salud y el sistema sanitario en general.

ABSTRACT

The present research has as main objective the assessment of the relationship between community and organizational context in the implementation of social intervention programs in primary health care (PHC) in Andalusia. For this, we conducted a qualitative research

based on case studies, and the conceptual analysis of the discourse of social workers of 10 PHC Centres in Andalusia. We applied (a) semi-structured interviews to key informants based on several indicators related to the organizational context of the health center, the community environment and professional practice and (b) external observation of the functioning of the health center and documentation of community features by external sources. We identified three key areas in the conceptual network of the discourse of the professionals interviewed. First, social participation, related to the creation of coalitions and health partnerships and to the community adjustment of interventions. A second area related to community readiness and the characteristics of the social environment of the health center. The third area relates to the functioning of the health center and the health system in general.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio forma parte de una investigación realizada en el contexto de la APS en Andalucía (Maya Jariego, Holgado, Santolaya, Gavilán & Ramos, 2010), cuyos objetivos fundamentales fueron la evaluación de (a) 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 y (b) la práctica profesional y el rol del trabajador social en la implementación de estrategias de intervención social en salud.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN SALUD

La investigación previa (Green, Richard & Potvin, 1996; Payne & Eckert, 2010), ha destacado la importancia del contexto comunitario en el que se sitúan las organizaciones sociales para la efectividad de las intervenciones, y del papel del clima organizativo y de los profesionales en la calidad de la implementación. 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, las demandas de resultados, etcétera) y los factores comunitarios (preparación para el cambio, participación y movilización social, coaliciones comunitarias, etcétera) (Riley, Taylor & Elliot, 2003). Por ejemplo, en la investigación previa mencionada, encontramos que el rol de los profesionales del equipo de salud queda definido en parte por su integración en la dinámica organizativa e institucional del centro, siendo el sentido de pertenencia, el apoyo a los procesos de innovación y las demandas laborales procesos determinantes (Holgado, 2010).

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 participación juega un papel fundamental en la provisión de servicios de atención en salud (Brown, 1994; Pritchard, 1975; Jovell, Navarro, Fernández & Blancafort, 2006; Miranda, 2002). Ello supone que la implicación de los profesionales y el ajuste comunitario de las intervenciones, son procesos fundamentales para la atención desde estos centros. Por otro lado, la inclusión de profesionales de diferentes ámbitos en los equipos de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etcétera), implica la necesidad de proponer estrategias de mejora del trabajo en equipo, de la toma de decisiones, de la integración de perspectivas profesionales (Bower, Campbell, Bojke & Sibbald, 2003; Leipzig, Hyer, Ek, Wallenstein, Vezi-na, Fairchild et al. 2002) y del estudio de las redes de relaciones profesionales y personales en dichos equipos (Martínez Ariño & Sala Torrent, 2009).

En definitiva el desarrollo de redes interorganizativas y coaliciones multisectoriales entre las agencias de

salud pública y otros agentes comunitarios, permite fomentar la implementación de estrategias de reducción de las desigualdades en salud en la comunidad (Gilbert, Crouse, Ford & Thomas, 2011).

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En este contexto de la intervención en salud desde las organizaciones de APS, el trabajador social puede jugar un papel clave como agente de intervención psicosocial y de coordinación de recursos comunitarios (Burgos, 2003). Por ejemplo, Siefert & Henk (2001) apuntaron que, dentro de la APS, los trabajadores sociales pueden aportar sus competencias en la identificación de factores de riesgo y protección, en el ajuste y adaptación de las intervenciones a las características comunitarias, en el desarrollo de una intervención integral en salud, en la coordinación y la gestión del trabajo en los equipos de salud, entre otras.

Los procesos organizativos y grupales también tienen un papel importante en el desarrollo del rol del trabajador social en atención primaria. Por ejemplo, en el contexto anglosajón 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, en tres dimensiones fundamentales (organizativa, profesional e interpersonal). Para estos autores, las dificultades de integración de los trabajadores sociales en los servicios de

salud y de incorporación de la perspectiva psicosocial en la atención sociosanitaria, proviene de las relaciones de poder entre las figuras profesionales, de la cultura organizativa de los centros de salud y de las relaciones tradicionales entre servicios sociales y sanitarios, entre otros factores. En este sentido, el énfasis en las competencias de los trabajadores sociales, relacionadas con la mejora de la accesibilidad a los servicios o la evaluación de las dimensiones comunitarias, o en la gestión de equipos de trabajo y de servicios públicos, pueden ser estrategias generales útiles para su adecuada integración profesional en este contexto.

En definitiva, la inclusión del trabajador social en los equipos de salud, implica su integración en la dinámica organizativa de los centros de salud. En este sentido, los trabajadores sociales pueden tener dificultades para desarrollar el rol profesional asignado (Holgado, 2010). Por ejemplo, como hemos mencionado, pueden existir divergencias entre los objetivos organizativos del centro de salud y los objetivos individuales y profesionales del trabajador social, sobre todo en los casos en que éste trata de desarrollar una perspectiva comunitaria en la atención a los usuarios del servicio de salud. En nuestro caso, encontramos que estos profesionales perciben a los centros de atención primaria como menos proclives al apoyo en el desarrollo de innovaciones en la inter-

vención en salud que el resto de profesionales sanitarios (véase Maya Jariego et al., 2010).

LA PREPARACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

El concepto de preparación comunitaria refleja esta relación entre aspectos comunitarios y organizativos en la intervención en salud. 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, Jumper-Thurman, Plested, Oetting & Swanson, 2000; Holgado & Maya Jariego, 2010). En su formulación inicial, se establecieron nueve niveles de preparación para el cambio, que se evalúan a través de seis dimensiones comunitarias (Tabla 1). 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)

Tabla 1. Dimensiones y niveles de preparación comunitaria.

Dimensiones de preparación comunitaria	
1.	<i>Iniciativas existentes en la comunidad (políticas, programas y actividades).</i>
2.	<i>Conocimiento comunitario de estas iniciativas.</i>
3.	<i>Liderazgo formal e informal.</i>
4.	<i>Conocimiento comunitario de los problemas sociales.</i>
5.	<i>Recursos para la prevención.</i>
6.	<i>Clima comunitario.</i>
Niveles de preparación comunitaria	
1.	<i>Tolerancia o ausencia de conciencia de la existencia de problemas comunitarios.</i>
2.	<i>Negación o poca o ninguna conciencia de que el problema afecta a la comunidad.</i>
3.	<i>Vaga conciencia entre los miembros de la comunidad de la existencia de un problema local.</i>
4.	<i>Preplanificación o idea general de la existencia de un problema y de la necesidad de articular iniciativas concretas.</i>
5.	<i>Preparación o planificación inicial de acciones centradas en problemas concretos.</i>
6.	<i>Iniciación o existencia de alguna información acerca de las necesidades y problemas que justifican las iniciativas puestas en marcha.</i>

-
7. *Institucionalización o estabilización de programas o actividades y apoyo de la administración u otras organizaciones comunitarias.*
 8. *Confirmación/expansión de iniciativas estandarizadas en la comunidad y apoyo por diversos agentes comunitarios.*
 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.*
-

En nuestro caso, hemos identificado tres perfiles comunitarios de preparación para el cambio en salud en los contextos evaluados (Holgado & Maya Jariego, en prensa). Estos perfiles se han obtenido a partir de la configuración de un conjunto de características comunitarias generales tales como la participación comunitaria, el ajuste de programas y la implicación de los profesionales. Además se relacionan de forma significativa con algunos indicadores del funcionamiento organizativo del centro de salud tales como la existencia de programas de intervención social, la coordinación con otras organizaciones comunitarias o la atención a diferentes poblaciones desde el centro.

En este estudio se pretende evaluar cómo los roles profesionales y las iniciativas de intervención de los equipos de salud quedan definidos en función de determinadas características de los centros de APS (como el clima en la organización, el apoyo a los programas de intervención o la asimilación de los principios de la reforma sanitaria) y del contexto comunitario (como el tipo y complejidad de los problemas sociosanitarios existentes, la composición poblacional o la participación social y la creación de coaliciones comunitarias). Mediante el análisis de casos, se ponen en relación los aspectos organizativos y comunitarios con la implementación de iniciativas socio-sanitarias y el rol del trabajador social en el centro de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó el análisis de caso de 10 centros de APS en Andalucía. En concreto, se adoptó una propuesta metodológica mixta, que combinó el análisis cualitativo de casos con el análisis conceptual de la información obtenida.

El análisis de casos consiste en la obtención de información directa sobre la conducta de los sujetos involucrados en el fenómeno de estudio (Yin, 1994). El análisis de casos nos permite identificar y analizar en profundidad procesos relevantes mediante descripciones de aspectos puntuales de la práctica profesional de los equipos de salud.

Por otro lado, hemos aplicado el Análisis de Redes Sociales (ARS) (Molina, 2001) a la evaluación de los principales factores identificados en cada uno de los casos de estudio. El análisis de redes ha sido utilizado para la evaluación del discurso en entrevistas biográficas u otros tipos de datos textuales (Lozares, Verd, Martí, López Roldán, 2003). En nuestro caso, hemos elegido como indicadores de relación (a) la coincidencia de los procesos descritos en el contexto organizativo y comunitario y (b) 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 (Borgatti, Everett & Freeman, 2002) (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 realizaron 10 estudios de caso de la práctica de la APS en Andalucía. Para ello, se entrevistó a 10 trabajadores sociales de centros de salud, entre noviembre y diciembre de 2009 y se realizó la observación del funcionamiento del centro y la documentación por fuentes secundarias del contexto comunitario en el que operan los centros. 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, su participación en diversos foros y grupos de expertos o 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.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

En el análisis cualitativo de la información obtenida, se partió de la identificación de los principales elementos relacionados con los factores comunitarios, la práctica profesional y la efectividad de la implementación. En los factores comunitarios, se tuvieron 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, se identificaron los programas e iniciativas aplicadas, el ajuste a las características comunitarias y los procesos organizativos implicados. Finalmente, la evaluación de los resultados se centró en el propio proceso de implementación, así como en el impacto de las iniciativas aplicadas desde el Centro de salud.

Respecto al análisis de las relaciones entre conceptos seguimos un procedimiento dividido en cuatro 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.
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.

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.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los casos descritos se observan ejemplos de cómo la APS se ve condicionada por las características del entorno comunitario y por el funcionamiento del centro y el equipo de salud (Tabla 2). 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.

Tabla 2. Resumen de casos.

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

Tabla 2. Resumen de casos (continuación).

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

Tabla 2. Resumen de casos (continuación).

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

Tabla 2. Resumen de casos (continuación).

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

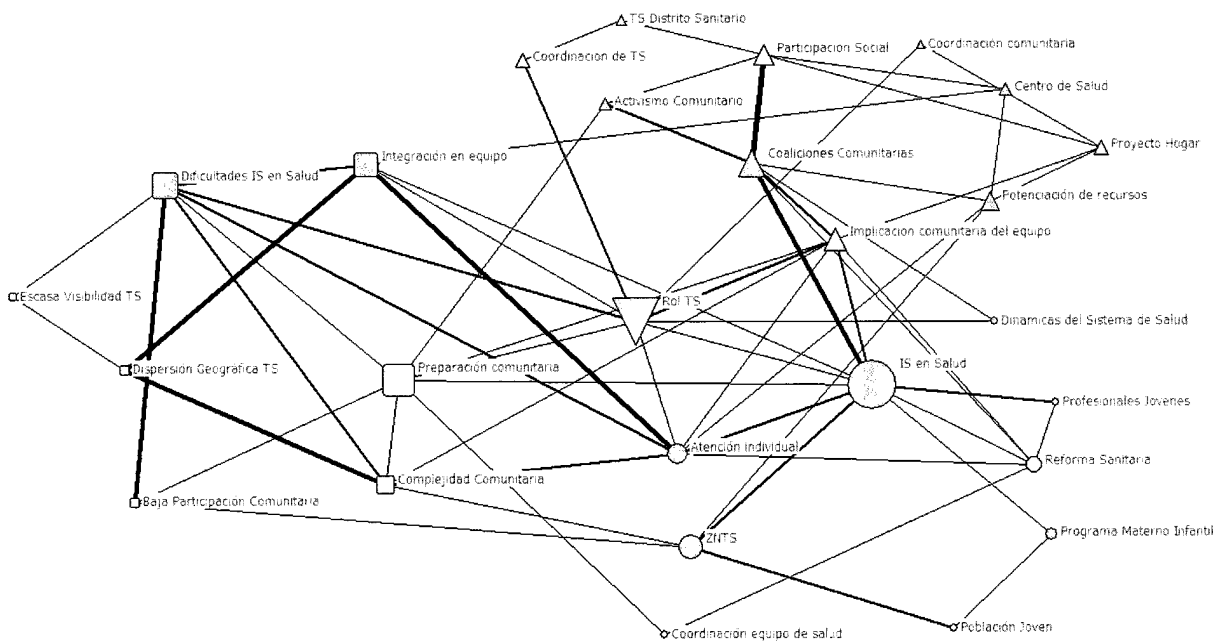
RED CONCEPTUAL DEL DISCURSO DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

El gráfico 1 muestra la red conceptual del conjunto de casos analizados. Se han eliminado los nodos aislados y aquellos que mantenían solo un lazo con algún nodo de la red. Con ello conseguimos simplificar la representación gráfica e identificar los procesos y factores más importantes y centrales en el conjunto de casos analizados.

La centralidad de intermediación o grado en que cada nodo conecta a otros dos nodos de la red (C_i) se representó mediante el tamaño de los nodos, y el peso de las relaciones mediante el grosor del lazo entre los nodos. Finalmente la forma de los nodos sirvió para marcar los ámbitos de interacción de los factores identificados.

Gráfico 1. Red Conceptual del conjunto de casos

Gráfico 1. Red Conceptual del conjunto de casos



Estos tres ámbitos quedan articulados en torno al rol del trabajador social (como informante clave entrevistado) y se basan en la exploración de los vínculos entre los factores mencionados en el discurso de los trabajadores sociales y en su presencia en el contexto profesional de la APS:

- (a) La participación social (parte superior, nodos en triángulo), en el que la implicación comunitaria del equipo de salud ($C_i=1.20$) se relaciona con la creación de coaliciones comunitarias ($C_i=1.39$) como espacios de canalización de la participación del centro, de los miembros de la comunidad y de otros agentes comunitarios en la APS.
- (b) La intervención comunitaria en salud (parte izquierda, nodos en cuadrado). En este caso, el nivel

de preparación para el cambio del entorno comunitario ($C_i=4.04$) se relaciona con la dificultad para desarrollar estrategias de intervención en salud ($C_i=1.46$), con la complejidad de los entornos comunitarios ($C_i=0.91$) y con la integración del trabajador social en el centro de salud ($C_i=1.25$).

- (c) Características del centro de APS y el sistema sanitario (parte inferior izquierda, nodos en círculo). En este caso se incluyen elementos importantes del sistema de APS como la incorporación a la atención en salud de los principios de la reforma sanitaria ($C_i=0.62$), la intervención en factores sociales de salud ($C_i=3.39$) y la atención individual en consulta ($C_i=0.93$) o la gestión administrativa de la intervención en problemas sociosanitarios, como por ejemplo a través de la creación de las Zonas con Necesi-

dades de Transformación Social (Ci=1.22).

LA INTEGRACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD Y EN EL ENTORNO COMUNITARIO

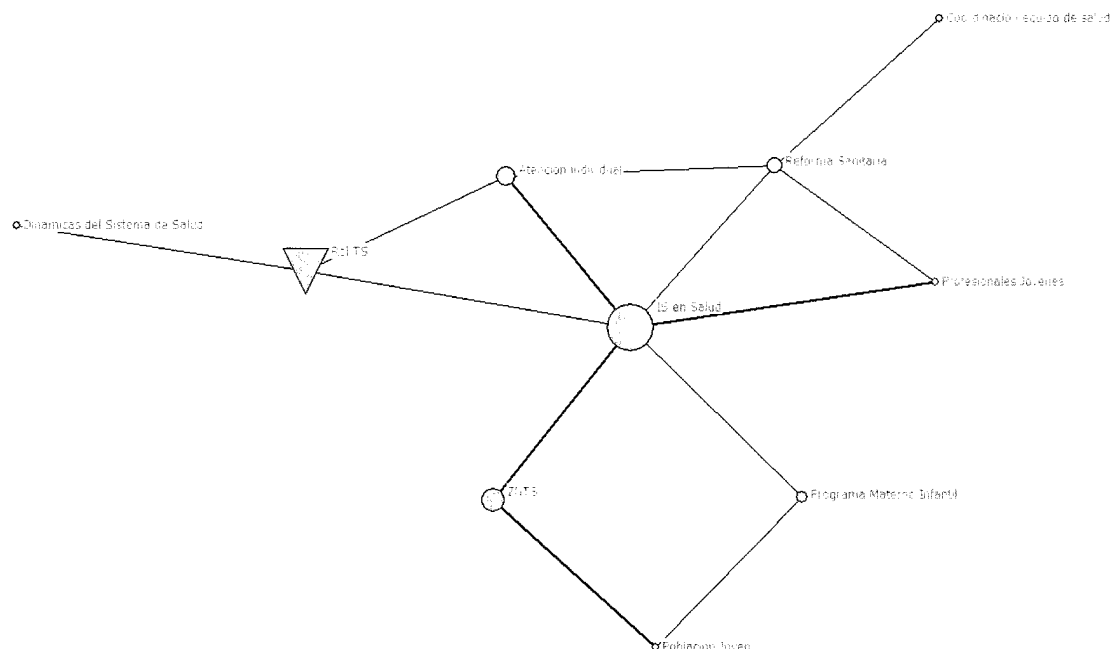
Es importante tener en cuenta tanto la capacidad de adaptación del centro y sus profesionales a las circunstancias existentes en cada momento, como la historia previa y la situación actual del contexto organizativo o el contexto comunitario. Por ejemplo, la estabilidad en el tiempo de las características de la zona de trabajo, permiten en ocasiones mantener un patrón homogéneo y continuo de intervención. Este es el caso de las zonas en las que desarrolla su actividad profesional la trabajadora social del Centro de salud El Palo (Caso 4) en las que solo ha habido un ligero aumento de la población inmigrante en la última década. Ello le ha permitido desarrollar actividades e iniciativas con cierta continuidad en el tiempo como talleres (Escuela de Envejecimiento Activo, Talleres de Habilidades Sociales para Mujeres, Talleres de Relajación) o programas de prevención y promoción de la salud (como el programa Forma Joven).

Por otro lado, existen contextos comunitarios con un mayor nivel de complejidad, lo que influye igualmente en la implementación de los programas desde el centro de salud. 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 o dificultades de acceso a los servicios). La declaración de una zona como ZNTS, conlleva la aparición de múltiples recursos e iniciativas de intervención desde las organizaciones y los agentes sociales. 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 caso 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, existen principalmente problemas socio-sanitarios (bajo nivel de vacunación infantil, baja tasa de alta en la seguridad social, alto índice de maternidad en adolescentes, etcétera). En esta zona, la trabajadora desarrolla un rol más activo, de intervención y coordinación comunitarias. Por ejemplo, está organizando un consejo de participación ciudadana, en la que contará con las organizaciones del barrio, como la asociación de mujeres gitanas Sinando Kalí.

Gráfico 2. Sistema de salud (Red conceptual)

Gráfico 2. Sistema de salud (Red conceptual)



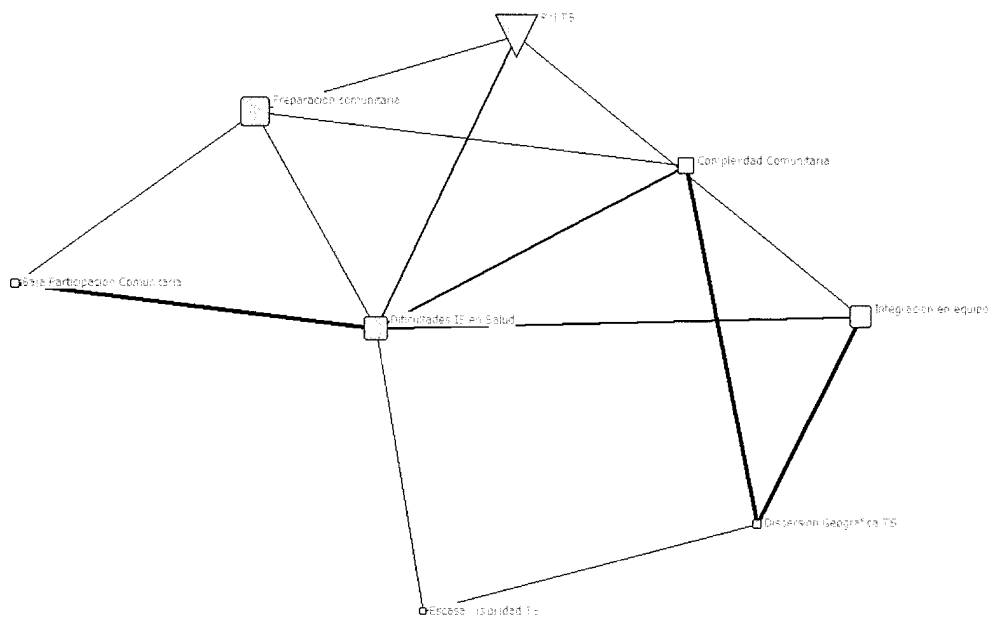
Por otra parte, el aumento de la oferta de recursos y ayudas a la población en estas zonas, en el contexto de un sistema de atención a demanda (tanto desde los servicios sanitarios como sociales), puede conllevar un aumento de la dependencia de los usuarios de estas ayudas y de las organizaciones que las conceden. Un 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 traído consigo el aumento de oportunidades de intervención desde el centro de salud en el entorno comunitario, también ha provocado con el tiempo un descenso general de la participación, de la implicación de los usuarios en actividades de movilización y de la motivación para el cambio entre la población.

En este sentido, como apuntan diversos autores, es necesario aumentar los esfuerzos de coordinación en la implementación de iniciativas desde las organizaciones comunitarias (Saavedra, Duarte, Izquierdo, González, Pérez, 2001). 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. Los entornos con una mayor participación y movilización de sus miembros, se suelen corresponder con profesionales más implicados, que aplican más programas sociosanitarios y que cuentan con la participación del usuario en estas actividades. 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, tiene que limitar su actividad profesional a la atención individual a demanda de los usuarios. Por otro lado, la zona 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.

Aquí Gráfico 3. Intervención comunitaria en salud (Red conceptual)



En este sentido, el tipo de problemas sociales existentes puede demandar un perfil de intervención concreto por parte de los profesionales sociosanitarios. Además, 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, las coaliciones o comisiones de salud pueden encontrarse con dificultades de implementación debido a la falta de implicación comunitaria, de activismo social o de demanda de recursos sociosanitarios. 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.

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 Higuerón 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 y en la atención individual a usuarios, promoviendo en desarrollo de los recursos personales.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y COALICIONES DE SALUD

Como hemos visto, la creación de estructuras mediadoras entre los servicios y el entorno comunitario, facilita en determinados casos la canalización de la participación de la comunidad en la implementación 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).

Gráfico 4. Participación comunitaria (Red conceptual)¹

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 (Wolff, 2001). 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) tienen 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 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, como respuesta a la movilización y la conciencia de las necesidades existentes previamente en la comunidad, 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 inicial de la comunidad.
- 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 la saturación de iniciativas de participación (un fenómeno que Wolff (2001) ha de-

1. Ver anexos

nominado "overcoalitioned communities").

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, 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.

CONCLUSIONES

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 y el resto de profesionales de APS, determinan 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. De hecho, se pueden caracterizar a los centros de salud como organizaciones orientadas al entorno comunitario. Cada centro de salud se ubica en un entorno poblacional diferente, e incluso algunos centros gestionan varias zonas con unas características y una composición diversas. 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.

El momento en que se encuentren tanto el propio centro 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. Este impulso inicial se fue diluyendo en algunos casos debido a factores organizativos y comunitarios como la presión de la alta demanda asistencial, la falta de recursos para desarrollar programas de prevención y promoción o la cultura organizativa de determinados sistemas sociales y sanitarios. En este sentido, también es necesario potenciar estrategias de inclusión de procesos sociales y comunitarios en la atención de los usuarios de servicios de salud por parte de los profesionales del equipo de atención primaria.

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.

BIBLIOGRAFÍA

- BORGATTI S.P., EVERETT M.G. & FREEMAN L.C. (2002). Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- 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.
- BROWN I. (1994). "Community participation for general practice: perceptions of general practitioners and community nurses". *Social Science Medicine*. 39, 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., GOODMAN R.M. & WANDERSMAN A.

- (1993). "Community Coalitions for Health Promotion and Disease Prevention". *Health Education Research*, 8, 315-330.
- CHAVIS D.M. (2001). "The paradoxes and promises of community coalitions". *American Journal of Community Psychology*, 29, 309-320.
- EDWARDS R.W., JUMPER-THURMAN P., PLESTED B., OETTING E. & SWANSON L. (2000). "Community Readiness: Research to Practice". *Journal of Community Psychology*, 28, 291-307.
- 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.
- GILBERT K.L., CROUSE S., FORD A.F. & THOMAS S.B. (2011). "The Urban Context: A Place to Eliminate Health Disparities and Build Organizational Capacity". *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 39, 77-92.
- GREEN L.W., RICHARD L. & POTVIN L. (1996). "Ecological foundations of health promotion". *American Journal of Health Promotion*, 10, 270-281.
- HOLGADO D. (2010). *Preparación comunitaria y contextos de intervención social en salud. El trabajo social de atención primaria en Andalucía*. Tesis Doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- HOLGADO D. & MAYA JARIEGO I. (2010). "La participación de mujeres latinas en ensayos clínicos para la prevención del cáncer de mama: un caso de aplicación del Modelo de Preparación Comunitaria". *Investigación & Desarrollo*, 18, 114-141.
- HOLGADO, D. & MAYA JARIEGO, I. (En prensa). *Preparación comunitaria y contextos de intervención: el caso de los trabajadores sociales de atención primaria en Andalucía*. *Anales de Psicología*.
- JOVELL A.J., NAVARRO M.D., FERNÁNDEZ L. & BLANCAFORT S. (2006). "Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario". *Atención Primaria*, 38, 234-237.
- 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, 1141-1148.
- 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, 175-200.
- LYMBERG, M. (1998). *Social Work in General Practice: Dilemmas and Solutions*. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (2), 199-208.
- LYMBERG, M. & MILLWARD, A. (2001). *Community Care in Practice: Social Work in Primary Health Care*. *Social Work and Health Care*, 34 (3-4), 241-259.
- MAYA JARIEGO I., HOLGADO D., SANTOLAYA F.J., GAVILÁN A. & RAMOS I. (2010) *Comunidades preparadas para la salud. Preparación comunitaria y práctica profesional de los trabajadores sociales de Atención Primaria en Andalucía*. Madrid: Bubok.
- MARTÍNEZ ARIÑO J. & SALA TORRENT M. (2009). "Las redes sociales del Centro de Salud San Pablo de Zaragoza". *Atención Primaria*, 41, 670-674.
- MIRANDA, M. (2002). *Redes sociales y participación*. *Trabajo Social y Salud*, 41, 69-92.
- MOLINA J.L. (2001). *El Análisis de Redes Sociales: Una Introducción*. Barcelona: Editorial Bellaterra.
- 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.
- PRITCHARD P.M. (1975). "Community Participation in Primary Health Care". *British Medical Journal*, 3, 583-584.
- 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, 754-769.
- 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.
- SIEFERT, K. & HENK, M. (2001). *Social Work in Primary Health Care*. Monograph Series. Society for Social Work Leadership in Health Care.
- WOLFF T. (2001). "A Practitioner's Guide to Successful Coalitions". *American Journal of Community Psychology*, 29, 173-191.
- YIN R.K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.