



área

nº **2**

primavera
1995

una mirada

psicosocial

sobre el acto médico

Cuadernos de temas grupales e institucionales

La noción de comunidad y el equipo de salud

Javier Segura

Partiendo de la sensación de que la palabra Comunidad y sus derivados Salud Comunitaria, Participación Comunitaria, Desarrollo Comunitario, etc., están pasadas de moda en las instituciones sanitarias actuales, se hace un análisis de las posibles causas de su caída en desgracia en los últimos años.

Desde el artículo se pretende contribuir a su posible resurrección, profundizando en la misma noción de comunidad, conociendo algunos acercamientos teóricos desde diversas disciplinas y prácticas, planteando dudas conceptuales y finalmente reflexionando sobre las dificultades actuales con las que tropiezan los Equipos de Salud que dan servicio a un territorio (llamense Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Equipos de Salud Pública, etc.), al abordar el trabajo comunitario.

Una palabra pasada de moda

Las palabras y su uso también sufren los embates de las modas. Un ejemplo es el término *Comunidad*, que después de haber sido utilizado intensamente en las décadas de los 70 y 80 en nuestro país, después de haber servido de bandera y seña de identidad de sectores profesionales, concepciones, prácticas y metodologías *progresistas* (psicología comunitaria, medicina comunitaria, etc), parece que suena cada vez menos en las *orquestas institucionales* y en las *emisoras profesionales*, y ha sido sustituido, en algunos sentidos, por el término *Sociedad Civil* en el escaparate de las modas lingüísticas.

Ello podría hacer pensar que el término está superado, es decir, que es un significante que ya no sirve para dar cuenta ajusta-

da de la realidad del significado, de la realidad social. ¿Ha cambiado este significado o han cambiado las personas e instituciones que utilizaban el significante?

Cabría suponer que la falta de uso, no sólo en sentido lingüístico sino también conceptual, de la palabra *Comunidad* y sus derivados *Salud Comunitaria*, *Participación Comunitaria*, *Desarrollo Comunitario*, etc. responde a una evaluación negativa de supuestas prácticas y experiencias de aplicación, que justificaran su lugar fuera de las modas.

Sin embargo, la realidad es que esta evaluación no es explícita, no es pública y no suele estar basada en el análisis de experiencias concretas, contrastables y discutibles, sino que forma parte del *run-run* de las instituciones y de los pasillos y espacios no ofi-

Javier Segura es médico, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y en Salud Pública. Actualmente dirige el Servicio de Salud Pública del Área V de la Comunidad de Madrid.

ciales donde se gestan las *culturas dominantes*.

La principal razón de este ocultamiento es la fuerza ideológica que tiene la noción de Comunidad, y las lecturas ideológicas que se puede hacer de la caída en desgracia del uso del término en las instituciones.

Por ello las instituciones presentan ese cambio de valoración del concepto y del término como un problema técnico o de busca de la *eficacia práctica*, más que un problema ético o de cambio de modelo, por lo que su componente ideológico queda ocultado.

Desde este punto de vista *técnico* se pasa de ver la comunidad como un *objeto* de trabajo, cuyo fin es su transformación en *sujeto* colectivo no alienado, que sea el principal protagonista en la toma de decisiones (sobre su salud por ejemplo), a verla como la suma de clientes individuales, a quien hay que darles un servicio satisfactorio (servicio sanitario por ejemplo) para que no se pasen en el futuro a los servicios privados con sus cotizaciones o voten a otros partidos en las próximas elecciones de turno.

Otras veces nos encontramos con un discurso institucional que valora la acción en el espacio comunitario pero renuncia a ella, pues la consideran propia de grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), etc.

La estrategia planteada así consiste en subvencionar a estas ONG, y por lo tanto tener un mecanismo de control sobre ellas, mientras la institución puede exhibir su papel e interés en el trabajo comunitario en su "cartera de servicios".

Sin embargo, detrás del discurso oficial que a veces se presenta de nuevo con el disfraz técnico, que habla de una mayor eficacia de este tipo de inversiones (subvenciones), se esconde, a veces, *una auténtica renuncia al trabajo comunitario*, mediante la delegación del mismo en estas organizaciones.

Con el mencionado discurso ("Hay que dejar en manos de la sociedad civil su desarrollo... pasando el Estado a un segundo

término") de resonancias claramente neoliberales, se puede justificar la falta de contratación de profesionales *comunitarios* en los servicios de salud, o la dedicación exclusiva de éstos a actividades clínicas, individuales y a demanda.

Parecería como si a las instituciones les sirviera el término comunidad para los procesos instituyentes, y les dejara de servir cuando se alcanza lo instituido. Es decir, es útil a la institución que nace y necesita ir creándose un espacio y una clientela, perdiendo vigencia esta utilidad cuando la institución siente su existencia asegurada más allá del fin inicial que justificó su creación.

Las propias instituciones se apropiaron del término en las últimas décadas para nombrar nuevas estructuras organizativas: Comunidad (Económica) Europea, las Comunidades Autónomas en España, etc., e incluso, más recientemente la Comunidad de Estados Independientes, en la ex-URSS.

Más allá de modas, cierta frescura y calidez del término, que crea asociaciones mentales próximas a lo familiar, a la amistad, a lo original, a lo primitivo, a lo informal e incluso a lo espiritual, permitieron a las nuevas instituciones una tarjeta de presentación *más amable* frente a los ciudadanos, que al fin y al cabo habían sido salpicados por los movimientos contrainstitucionales de los años 60 y por la desconfianza frente a las instituciones en nuestro país tras la *experiencia* franquista.

Este apropiamiento institucional del término ha creado curiosas confusiones en el lenguaje y en la acción a la hora de trabajar *en la comunidad* desde una institución que se auto-denomina *Comunidad*, como le ha ocurrido al autor de este artículo.

Como decíamos antes, al alcanzar estas nuevas organizaciones cierto grado de institucionalización abandonan la noción quedándose sólo con el término para designar a la propia institución, e incluso en algunos casos se abandona el propio nombre por el que fue bautizado. Ahí tenemos el ejemplo

del cambio de *Comunidad Europea* por *Unión Europea*.

La noción de comunidad

ANTE este panorama la principal aportación que se puede hacer en contra de este ocultamiento ideológico, es intentar profundizar en la misma noción, planteando dudas conceptuales, conociendo los diferentes acercamientos teóricos, y resaltando posibles lagunas en los modelos conceptuales sobre la comunidad, tanto de la psicología social como de otras disciplinas y prácticas, que animen al desarrollo de la investigación en este campo.

Finalmente completaremos nuestra aportación aplicando este análisis conceptual, tanto de la noción de Comunidad como de la noción de Intervención Comunitaria en el campo de la salud, a la reflexión sobre las dificultades actuales con que tropiezan los Equipos de Salud al abordar el trabajo comunitario. Este análisis se centrará en mi campo profesional actual de experiencia que es la Salud Pública, pero probablemente puede ser extensible a otros campos como la Atención Primaria, la Salud Mental, los Servicios Sociales, etc., lo cual será juzgado por los lectores del presente artículo que ejerzan en estas áreas.

Arrancaremos con las dudas conceptuales: ¿Qué se puede considerar una comunidad? ¿Constituyen una comunidad el conjunto de trabajadores y patronos de una empresa? ¿Un club de fútbol? ¿Los jóvenes entre 15 y 20 años de una ciudad? ¿El conjunto de emigrantes extremeños de una ciudad del área metropolitana de Madrid? ¿Se puede recortar la comunidad como la población atendida por un Centro de Salud o Servicios Sociales? ¿Forman una comunidad las monjas de un convento? ¿Y las amas de casa de un barrio? ¿O los integrantes de una asociación de vecinos?

¿Dónde está el límite para que una población sea considerada comunidad?: ¿La po-

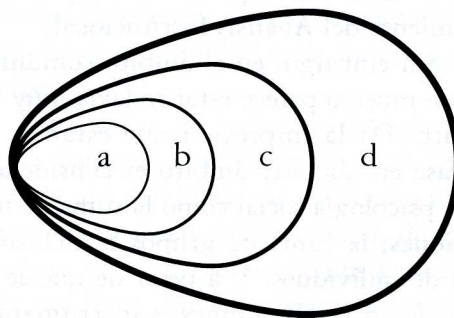
blación de un barrio?, ¿de una ciudad?, ¿de una región?, ¿de una nación? ¿Qué carácter tiene este límite: territorial, poblacional, cultural, etc.? ¿La familia es una comunidad? ¿O es una asociación? ¿Qué elementos tienen que darse para que desde fuera *se defina* y se considere un núcleo humano como comunidad? ¿Son los mismos elementos que tienen que estar presentes para que ese núcleo humano *se sienta* una comunidad? ¿Los habitantes de una gran ciudad se sienten como parte de una comunidad? ¿O sólo cuando van al fútbol a defender los colores de su equipo frente a otro de otra ciudad?

¿Qué teorizaciones hay sobre este concepto? Empecemos por lo más cercano. La concepción operativa de grupos y la psicología social.

La comunidad: ¿paella o paellera?

AMEDIADOS de los 70, José Bleger en su libro *Psicohigiene y Psicología Institucional* (1) en el que expone la Teoría de los Ámbitos, sitúa el término en el ámbito (*ámbito comunitario*) más *externo*, más alejado de los ámbitos en los que suele trabajar la psicología y para lo que se forman los psicólogos (y el resto de profesionales de la Salud). Según este modelo, sería además el ámbito más *inclusivo*, por contener a todos los demás:

- a) ámbito psicosocial (individuos);
- b) ámbito sociodinámico (grupos);
- c) ámbito institucional (instituciones);
- d) ámbito comunitario (comunidad).



Bleger nos advierte que si la psicología (lo cual insistimos que es extensible a otras prácticas y disciplinas) quiere ampliar su ámbito de trabajo, haciéndose *grupal, institucional o comunitaria*, tiene a la vez que reformar sus modelos conceptuales, y crear o adoptar modelos propios del nuevo ámbito, aunque pertenezcan a disciplinas ajenas a la propia.

Ese paso se dió claramente con la psicología grupal, que tuvo que complementar, e incluso abandonar, categorías conceptuales utilizadas para el individuo aislado (organismo, homeostasis, líbido, etc.) introduciendo nuevas categorías propias de las agrupaciones humanas (comunicación, interacción, identificación, etc.) y apropiarse conceptos en otros lugares epistemológicos (incluido de algunos aparentemente muy alejados como la Física, en el caso de Kurt Lewin).

Así se llegó a superar la idea de que un grupo era el equivalente a una suma de individuos, descubriéndose el valor de *un plus* que transformaba a los propios individuos.

Un pasaje parecido se empezó a hacer en el ámbito institucional. Cuando la psicología social quiso *bincarle el diente* a las instituciones, inicialmente (¿o todavía seguimos igual?) las abordó como el conjunto de grupos interrelacionales, utilizando conceptos y metodologías grupales.

Cuando se descubrió la especificidad de la institución más allá de la suma de grupos, cuando se descubrió *El Plus* que no podía ser abordado con los viejos instrumentos, se tuvo que echar mano de teorizaciones y metodologías de investigación e intervención propias de la sociología, contribuyendo al surgimiento del Análisis Institucional.

Sin embargo, en el ámbito comunitario este proceso parece estar todavía muy inmaduro. Da la impresión que estamos en una fase en que este ámbito es considerado por la psicología social como la suma de instituciones, la suma de grupos o incluso la suma de individuos. Y a pesar de que se ha *picoteado* en concepciones e instrumentos

propios de la sociología, la antropología o la ecología humana, todavía no se ha alcanzado a conceptualizar suficientemente este *Plus* e incorporarle a los métodos de trabajo.

La noción de Comunidad es abordado desde la Concepción Operativa de Grupos (2), (3), (4) como:

a) Como un Lugar-*soporte* de otros ámbitos: individual, grupal, institucional. Es el continente que soporta y guarda las otras realidades. *La Comunidad no tendría corporeidad*, siendo ésta la propia de las otras instituciones: el cuerpo del individuo, el cuerpo del grupo, e incluso el cuerpo de las instituciones, visualizados a través de sus edificios (una escuela, un hospital, una cárcel, un manicomio, etc.).

La comunidad sería como una enorme *paellera* que contendría los granos de arroz, sueltos (individuos) o pegados (grupos), y las tajadas (¿instituciones?).

b) Como el *espacio Interinstitucional*, es decir, analizando los fenómenos que se dan cuando dos o más instituciones se relacionan y/o compiten, sin que, por otra parte, estén a veces claramente diferenciadas las nociones de Institución y Asociación.

c) Como una forma de *Contextualizar* en el tiempo y en el espacio lo grupal, de dar historicidad y geografía al grupo y a sus esquemas referenciales, incluyendo su concepto de salud.

d) Como un lugar de *Convergencia Epistemológica*, a dos niveles:

- Convergencia entre los esquemas referenciales (concepciones, prácticas, instrumentos, etc.) de los trabajadores sanitarios o comunitarios, por un lado, y la representación que los ciudadanos tienen de su salud comunitaria, por otro lado.

- Convergencia entre los esquemas referenciales de diferentes campos profesionales que reclaman lo comunitario como propio: asistentes sociales, educadores de adultos, funcionarios locales, planificadores económicos, expertos en extensión agraria, médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos,

sociólogos, antropólogos, ecólogos, etc., y que están condenados a hacer converger sus prácticas y herramientas si no se quieren arriesgar a que surjan rivalidades que puedan segmentar la comunidad, dificultar la adaptación de la misma a los cambios y duplicar fuerzas (5).

La comunidad: un concepto geo-socio-psicológico

DE cualquier forma, a partir de aquí Bleger acude a las fuentes de la Sociología para tratar de dar *corporeidad* al concepto de Comunidad.

“Una comunidad se define como un conjunto de personas que viven juntas, en un mismo lugar, y entre los cuales hay establecidos ciertos nexos, ciertas funciones en común o cierta organización. Es decir, que en el concepto de comunidad intervienen dos características fundamentales: la geográfica y la funcional. La primera se refiere a un cierto espacio, en el que transcurre la vida de los seres humanos; la segunda se refiere a los aspectos que le dan cierto grado de cohesión, de interrelación, de unidad” (1).

Es decir, la corporeidad se establece no sólo a través del espacio, de la geografía, sino a través de los “Nexos”. La dificultad estriba en definir estos nexos y es alrededor de ellos donde se ponen en evidencia las diferencias conceptuales de disciplinas y de corrientes de pensamiento.

Así algunas concepciones contemplan a la Comunidad como un concepto “Geo-Sociológico”, que no incluye el componente *Psico*, es decir, como un “conjunto de subsistemas funcionales (económicos, educativos, políticos, religiosos, jurídicos, reproductivos, etc.) interrelacionados en un territorio determinado”, en el que no es necesario la presencia del *Sentimiento del Nosotros* (6).

Desde otros lugares, la comunidad es un concepto “Geo-socio-psicológico”, que no sólo se define por el territorio y por la organización funcional de las personas que viven

en él mismo, sino por la existencia de un vínculo, de un Estado Mental Común, que configuran su Sentimiento del Nosotros, y van construyendo un Imaginario Comunitario, basado no sólo en vínculos actuales, sino también en vínculos heredados, vehiculizados a través de la cultura de la Comunidad.

Una de las teorizaciones más ricas sobre este carácter psicológico o imaginario de una comunidad nos lo aporta Ferdinand Tönnies (7).

Tönnies: comunidad y asociación

TÖNNIES nació en 1855 en una granja de Schleswig-Holstein (región del norte de Alemania), en un ambiente campesino y frisón, que le llevó a tener una sensibilidad especial por los lazos comunitarios que unen las minorías étnicas, y a la necesidad de especular sobre aspectos de la Cohesión social que habían abandonado tanto el positivismo de Comte como el socialismo marxista (8).

Para Tönnies (7), en el hombre se desarrollan tendencias de orientación hacia otros seres de su especie, lo que él denomina “Voluntad”. Estas tendencias pueden ser de dos tipos:

- “Voluntad natural”, donde dominan los sentimientos, instintos y deseos, y que genera una conducta que permite la estructuración social en Comunidad. En estas relaciones comunitarias, los hombres se tratan los unos a los otros como fines (no como medios), creando vínculos afectivos, personales, clánicos, familiares, tribales, nacionales. Un ejemplo de comunidad sería la familia o la nación.

- “Voluntad racional-instrumental”, donde dominan la deliberación y el cálculo, creando una conducta que da lugar a una estructuración social en Asociación, donde los hombres se tratan como medios para conseguir sus fines. En las relaciones asociativas

predomina el vínculo instrumental, racional y estratégico. Un ejemplo de asociación sería un banco, una fábrica o un estado.

Tal como plantean Salvador Giner y Luis Falquer en el prólogo de la edición española de su obra (8), según Tönnies, "sin comunidad no hay moralidad pero sin asociación no hay progreso". Al igual que Marx, Tönnies se empeña en *la búsqueda de la comunidad perdida*, en encontrar la forma de compatibilizar la comunidad humana solidaria y altruista del comunismo primitivo, con el socialismo, como expresión asociacional de toda colectividad que se organiza institucionalmente de un modo civilizado y moderno.

Las palabras cobran actualidad cuando vivimos las consecuencias de la búsqueda de *la modernidad* desatendiendo *la moralidad* por un lado, y el auge de los nacionalismos y de las guerras *raciales*, por otro lado, donde la exacerbación de los vínculos tribales, sería consecuencia del debilitamiento o de la crisis de los vínculos racionales-instrumentales (crisis del socialismo y caída de los estados del socialismo real).

El sentimiento de comunidad

ESTE concepto bipolar (Comunidad y Asociación) de Tönnies tuvo un gran influjo sobre la ciencia social moderna, y tiene una indudable relación con las teorías de Cooley sobre Grupos Primarios y Grupos Secundarios (9); las de Durkheim, contemporáneo de Tönnies, sobre la Solidaridad mecánica y la Solidaridad orgánica (10); las de Redfield sobre la Sociedad folk o primitiva y la Sociedad urbana (11); y las de la Ecología humana (Hawley) sobre las Comunidades dependientes y las Comunidades independientes (12).

A la vez tiene unos precedentes en el concepto de "Consenso" de Comte, o en la concepción de "la sociedad como un organismo" de Spencer.

De forma esquemática, y corriendo el riesgo de simplificar en exceso, en todos es-

tas concepciones el *Sentimiento del Nosotros*, el *Estado Mental Común*, el vínculo psicológico entre los miembros de una comunidad sería más visible en comunidades preindustriales o preurbanas.

Es decir, en comunidades pequeñas, aisladas, homogéneas, autárquicas, en las que sus miembros se mantienen juntos por semejanza, derivándose un mutuo apoyo y un sentido de solidaridad grupal y de pertenencia, a la vez que se dotan de normas o valores bien establecidos (8) (12).

Siendo este vínculo psicológico menos visible en comunidades industriales o urbanas. Es decir, en comunidades grandes, con mayor densidad de población, donde se desarrolla la diferenciación de funciones, la especialización y la interdependencia. La unidad de la población es la división del trabajo más que el consenso, y las normas o valores están menos claramente establecidas o de forma más débil e inestable. En estas sociedades existe una tendencia a la desaparición del sentimiento de pertenencia y de aparición de un fuerte individualismo, que impide la conciencia comunitaria sobre los problemas comunes y sobre la necesidad de la solidaridad para abordarlos. Son comunidades que tienden a la disgregación, a la "anomia" de Durkheim o a la "alienación" de Marx (8) (1).

El sentimiento de comunidad en este tipo de sociedades se encuentra sólo en los clubes de fútbol, en los deportes de masas o en grandes agrupaciones como la nacionalidad.

Maclver y Page analizan en su texto ya clásico de sociología (13) el sentimiento de comunidad, identificando varios elementos:

1º. El Sentimiento del Nosotros, es decir, el sentimiento de formar parte con otros de una unidad indivisible (*nuestro pueblo, nuestra ciudad, nuestra nación*), que surge especialmente cuando estas entidades son objeto de crítica o amenaza desde fuera. La identidad siempre surge *frente al otro*.

2º. El sentimiento de representación de un papel, es decir, el sentido del rango o

posición social, el lugar que cada uno tiene dentro del conjunto de la comunidad.

3°. El sentido de la dependencia. Donde se incluye no solamente la dependencia física de la comunidad para obtener el sustento material, sino también la dependencia psicológica, al ser la Comunidad el *gran hogar* que lo sustenta y en el que se encarna todo lo que es familiar. Es el refugio contra la soledad y los temores.

El sentimiento de comunidad se formaría mediante la educación, mediante un proceso de sociabilización en el que se transmiten memorias, tradiciones, costumbres, instituciones y valores (incluyendo los asociados al concepto de salud y enfermedad), que alimentan el sentimiento de poseer algo en común.

Al hombre le sería imposible escapar de esta experiencia sociabilizadora de la vida en unión con otros, aunque se rebele contra algunos de sus códigos.

La noción de comunidad y el equipo de salud

CUÁL es la traducción práctica de los conceptos desarrollados hasta aquí aplicados al campo del trabajo comunitario? ¿Cómo debe operar un equipo técnico comunitario de un Centro de Salud o de Servicios Sociales con esta noción de comunidad y con este sentimiento de comunidad? ¿Cómo lo integra en su esquema referencial, en su análisis de la sociedad a la que sirve en su acción? ¿Cómo maneja esta entidad psicosocial que es capaz de liberar fuerzas, que configuran tanto sociedades solidarias, adultas y maduras para decidir sobre sus problemas, como aberraciones tales como son *el chovinismo, nacionalismo y racismo*?

¿Cómo es capaz de reconocer e identificar estos elementos específicos del ámbito comunitario en un trabajo con los otros ámbitos individuales, grupales e institucionales?

En los últimos años se han constituido desde las instituciones equipos de trabajo

(*Equipos de Atención Primaria, de Salud Mental, de Salud Pública, de Servicios Sociales, etc.*) con la función de dar un servicio a un territorio concreto, a una comunidad (*zona básica, distrito, Área, etc.*).

Sin embargo, este mandato institucional de trabajar para un territorio, para una comunidad ha sido interpretado de formas muy diferentes.

Por ello se hace necesario que volvamos a las definiciones conceptuales para aclarar qué entendemos nosotros por *trabajo comunitario en el campo de la salud*.

Trabajar desde una perspectiva de Salud Comunitaria en un territorio supone el considerar a los fenómenos de salud y enfermedad como fenómenos colectivos, emergentes de la dinámica que se crea en una comunidad por el juego de interrelaciones de sus subsistemas económicos, educativos, políticos, religiosos, etc., y fuertemente determinados por el concepto de salud y enfermedad que impregna el Imaginario Comunitario y la Cultura de la Comunidad.

Estos fenómenos emergentes van a poder manifestarse con diferentes apariencias en los diferentes ámbitos que componen la comunidad: individual, grupal-familiar, institucional y comunitario.

Desde este punto de vista, la lectura y el análisis que el técnico comunitario haga, tanto de las enfermedades y riesgos de salud observados en una comunidad, como de las demandas de servicio que plantee su población, deben realizarse bajo la óptica de *la especificidad de la dinámica de esa comunidad en un momento concreto y con una historia anterior concreta*.

Además, el técnico que quiera sacar el máximo provecho a este análisis de emergentes, deberá extender dicho análisis al resto de ámbitos incluidos en la comunidad, independientemente del ámbito en que ha surgido el fenómeno o la demanda.

Nos serviremos de un ejemplo para aclarar este modelo conceptual: la atención a una alarma provocada por un brote de to-

xiinfección alimentaria (por ejemplo, una salmonelosis) en un comedor escolar de una comunidad.

Un abordaje no-comunitario del problema se limitaría a la atención clínica a los enfermos y la investigación epidemiológica del agente microbiológico causal y del alimento implicado. Este tipo de actuación está protocolizada y puede aislarse de la especificidad comunitaria del brote.

Sin embargo, la visión comunitaria del problema integraría a las acciones anteriores otro tipo de aspectos y actuaciones como: la atención al impacto del suceso en los padres de los niños afectados y expuestos, el nivel de riesgo que estos están dispuestos a asumir (¿cierre del comedor?), las fantasías y ansiedades que se despierten con palabras como "epidemia" o "salmonelosis", la movilización producida por el brote y su impacto en las relaciones entre padres, director del colegio, concejal de sanidad y/o de educación del ayuntamiento, responsables del Ministerio de Educación, dueños de la empresa que sirve las comidas, trabajadores que manipulan los alimentos y equipo de salud.

Podríamos ampliar el análisis, considerando el efecto que la detección de un posible portador asintomático de una bacteria patógena entre los trabajadores de la cocina puede tener en la relación laboral entre la empresa y los trabajadores. Así como la influencia que ha tenido esta relación laboral en las condiciones higiénicas del lugar de trabajo y en la actitud de los manipuladores de alimentos.

A la hora de identificar los factores de riesgo relacionados con la contaminación del alimento (deficiente infraestructura y equipamiento del comedor, defectos en el proceso de trabajo, etc.) podríamos incluir en estos factores la confusión existente en algunos casos sobre la responsabilidad institucional (¿Ayuntamiento o Ministerio de Educación?) en la dotación y mantenimiento del colegio.

Por otra parte, el equipo de salud se enfrentará a las resistencias de los diferentes

actores a asumir su responsabilidad alícuota del hecho y a buscar soluciones colectivas, implicándose en las mismas y definiendo, consensuando y aceptando un nivel de riesgo sobre la salud.

Por esta probable huida de la implicación, fácilmente aparecerá un trabajador portador culpable único del hecho, o el conjunto de trabajadores con deficientes hábitos higiénicos. Estos a su vez culparán al empresario de las malas condiciones laborales bajo las que tienen que trabajar. En la misma línea, el ayuntamiento y la institución educativa se intercambiarán acusaciones mutuas de abandono en el mantenimiento del colegio. Y finalmente los padres acusarán a todos los anteriores de poner en peligro la salud de sus hijos, delegando su solución en el equipo de Salud y en las "autoridades", y exigiendo que les devuelvan a la situación anterior al brote, en la que la ausencia de síntomas les confería la falsa seguridad de *riesgo cero*, de no existir problemas de salud.

La consideración de estas variables y de la interrelación de estos actores, no debe hacerse sólo para sopesar su posible influencia en la resolución del brote, sino que deben incorporarse al análisis de las posibles causas del mismo, que pasa a ser visto como el emergente en un momento dado de la dinámica de esta comunidad escolar.

A partir de este ejemplo también podemos aclarar lo que entendemos por *el fin de la intervención comunitaria*, que sería doble:

a) Buscar el *esclarecimiento* (hasta donde sea posible) de la relación entre esos fenómenos y la dinámica de los factores estructurales de esa comunidad en un momento dado. Esclarecimiento que permitirá una toma de conciencia de la comunidad sobre esa relación y una contemplación nueva sobre la enfermedad y sus riesgos, abriendo el paso al segundo fin de la intervención comunitaria.

b) Lograr *la implicación* de la comunidad en el control de sus riesgos de salud y de sus enfermedades. Supone el favorecer la transformación de la comunidad como con-

junto de sujetos pasivos, que delegan estos problemas en los equipos de salud y/o en las instituciones en general, en sujetos activos que se hacen corresponsables de los mismos, y que contemplan al equipo de salud como un recurso más de apoyo para su toma de decisiones.

Esta implicación puede realizarse en los diferentes ámbitos: individual (el manipulador de alimentos), grupal (los trabajadores del comedor), institucional (el ayuntamiento, el Ministerio de Educación, la APA) o comunitaria (definición conjunta del nivel de riesgo que se quiere asegurar en los colegios de esa comunidad).

Al igual que el sentimiento de pertenencia grupal favorecerá la implicación grupal, el sentimiento de comunidad facilitará la implicación comunitaria, que en último extremo no es más que *el desarrollo de una democracia participativa*, que no se basa sólo en el voto cada cuatro años, que reduce la delegación al mínimo y que permite tomas de decisiones sobre la salud como las siguientes: ¿Qué nivel de contaminación ambiental estamos dispuestos a aceptar? ¿Qué nivel de riesgos laborales sobre la salud? ¿Qué política de atención a los ancianos se debe desarrollar?, etc.

Por otra parte esta búsqueda de la implicación comunitaria por parte del Equipo de Salud exige la implicación previa del propio equipo en el abordaje integral del problema de salud, más allá, como ahora veremos, de lo que suele exigirle la propia institución *para la que trabaja*.

Esta implicación de los equipos de salud territorializados debe superar varias dificultades básicas con lo que se han encontrado los mismos a la hora de identificar *su comunidad* e intervenir sobre la misma. Analicemos estas dificultades y problemas:

1º. Problemas en relación con el territorio.

La población atendida no tiene, a veces, las características de comunidad, que hemos expuesto anteriormente:

- Bien porque la zona o distrito que se le asigna al servicio correspondiente es una construcción artificial, que es parte de una comunidad más grande (puede ser el caso de algunas zonas básicas de las grandes ciudades), o abarca varias comunidades (por ejemplo las Áreas o los distritos urbano-rurales) que son tratadas como si fueran una realidad homogénea y por lo tanto tuvieran las mismas necesidades y los mismos problemas de salud.

- Bien porque dicha población atendida se corresponde con la población asignada administrativamente al Centro o al profesional (las *cartillas* asignadas por médico), la cual reside en varias comunidades, o simplemente, se corresponde a la población que acude al Centro a demandar un servicio desde diferentes comunidades.

2º. Problemas en relación con el sentimiento de comunidad.

Las comunidades atendidas tienen, a veces, un escaso sentimiento de comunidad. Esto se ha dado especialmente en el ámbito urbano, donde los nuevos equipos se han asentado en nuevas ciudades de los cinturones metropolitanos, creadas a partir del aluvión de inmigrantes de las décadas de los 60 y 70, cuyo *corazón comunitario* no se había despegado de su pueblo de origen, de Extremadura, Castilla o Andalucía.

En otras ocasiones, más escasas, estos nuevos equipos se asentaban en barrios de la grande y vieja capital. Pero el espíritu comunitario de la metrópolis no ha sido inmune a los cambios que ha traído el proceso de urbanización de los últimos años.

Así el encarecimiento del suelo propio de procesos especulativos y un urbanismo promotor de una diferenciación funcional del espacio, ha favorecido la aparición de oficinas, bancos, centros comerciales, etc., a costa de antiguas zonas de vivienda y de encuentro (cines, cafeterías, parques, etc.) con una tradición de vida comunitaria.

A la vez se ha producido una expulsión de la población joven y con menos re-

cursos al extrarradio, quedando los antiguos barrios céntricos populares habitados por tres grupos: personas de edad avanzada y escasos medios económicos, emigrantes marginales y jóvenes profesionales, acomodados y sin hijos, es decir, los sectores más desarraigados desde el punto de vista comunitario.

En la periferia más alejada de la ciudad han quedado las zonas de vivienda, sin actividades ni servicios urbanos y jerarquizados por clase social. La consecuente separación lugar de vivienda/lugar de trabajo ha fomentado el desarraigo de la vida doméstica y social (14).

A todo ello debemos unir el hecho de que la creciente interconexión e interdependencia de la economía, de los recursos, de la tecnología y de los sistemas de información y comunicación a nivel mundial, favorecen una pérdida de los valores asociados al concepto de territorio y una dilución del propio sentimiento de comunidad.

3°. Problemas en relación con la formación de los profesionales y con sus esquemas referenciales.

Tomemos una práctica concreta, la Salud Pública, para analizar estos problemas. Los profesionales clásicos de la Salud Pública (médicos, farmacéuticos, veterinarios y personal de enfermería) arrastran una falta de formación importante para realizar intervenciones comunitarias.

Su identidad profesional está pegada a unos esquemas referenciales profesionales, aprendida en la universidad y en su práctica posterior, que incluye una visión de la enfermedad y de sus riesgos con varios tipos de miradas que no favorecen el abordaje comunitario:

a) *La mirada clínica* que reduce la enfermedad a locus corporales cada vez menores: primero los órganos, luego los tejidos, las células, las enzimas, las hormonas y finalmente los genes. Bajo esta mirada se contempla a los cuerpos como entes sin geografía ni historia, y, por lo tanto, pueden ser

estudiados separados y aislados de su medio ambiente, de su comunidad (15) (16).

b) *La mirada de la Policía Sanitaria*, orientada a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias, bajo amenaza de sanción. Estas normas regulan desde la ausencia de un riesgo ambiental o alimentario, hasta la de las *conductas de riesgo*.

Desde esta mirada se percibe a la población como un conjunto de potenciales infractores, colocados en una posición infantil, desde la que necesitan la presión de la vigilancia y el potencial castigo para evitar provocar el riesgo o la enfermedad.

c) *La mirada epidemiológica*. Aunque el método epidemiológico intenta encontrar variables comunes que expliquen los fenómenos colectivos de enfermedad, su utilización no favorece el trabajo comunitario cuando:

- Maneja sólo variables biológicas (edad, sexo, etc.) y asociales, no incluyendo aquellas que mejor pueden caracterizar una comunidad (lugar de trabajo, y no sólo profesión, lugar y tipo de vivienda, clase social, etc.).

- Analiza unidades geográficas grandes que incluyen varias comunidades.

- Pretende constituirse en única herramienta *científica* de análisis y desprecia cualquier información o método de investigación *subjetivo*, cualitativo o no-matemático.

- Se limita a analizar pero no a intervenir. Por ejemplo: *sacar* las tasas de toxoinfecciones alimentarias, de tuberculosis o de cánceres, pero no actuar sobre ellas. Se limita a ser el *contador de muertos y enfermos*.

Este tipo de mirada epidemiológica impide tanto el esclarecimiento de la relación enfermedad-comunidad, al favorecer un ocultamiento ideológico de las variables *sociales* asociadas al proceso de enfermar, como la implicación comunitaria, al limitarse al análisis y no a la intervención.

d) *La mirada de la pedagogía moralizante*. Al igual que con la mirada de la policía sanitaria se persigue el desarrollo de normas de conducta higiénicas frente a con-

ductas *viciosas* para la salud, teniendo ambas miradas su origen común en las ideas del Despotismo Ilustrado.

Sin embargo, aquí la herramienta no es la sanción, sino la transmisión de información sobre los modelos de conducta adecuada (tabaco, alcohol, sexualidad, alimentación, etc.), sin tener en cuenta los factores antropológicos y comunitarios que determinan dichas conductas.

El proceso educativo queda reducido a la simple aportación de información mediante charlas, folletos o cuñas publicitarias.

En resumen, las cuatro miradas sobre la enfermedad, que son comunes a los profesionales de otras prácticas sanitarias (Atención Primaria, Salud Mental, Atención Hospitalaria), dificultan el trabajo comunitario.

Estas dificultades sólo pueden ser superadas por un proceso de formación que modifique los esquemas referenciales profesionales y los dote de nuevos instrumentos para el trabajo comunitario como son: la capacidad de observación y análisis de los fenómenos sociales, otras formas y métodos de relacionarse con la comunidad (trabajo con grupos, incluyendo el que forma el propio equipo, trabajo con asociaciones e instituciones, abrir y conducir procesos, etc.), una epidemiología menos cómplice de la ideología dominante y una pedagogía interactiva que integre las actitudes y valores comunitarios de la población en las acciones de Educación para la Salud.

4°. Problemas relacionados con la evaluación.

Las instituciones sanitarias favorecen la caída en desgracia de la Salud Comunitaria no sólo no habilitando estos espacios de formación, sino no integrando parámetros comunitarios en la evaluación del desempeño del trabajo.

En estos casos el equipo de salud se verá valorado en función que atienda la demanda (de pacientes, de consumidores, de denuncias, de informes, etc.), sin necesidad

de *complicarse* con lecturas comunitarias de la misma. O bien, se evaluará el cumplimiento de las funciones clásicas atribuidas a la práctica profesional, medida por indicadores cuantitativos (en el caso de la salud pública un ejemplo sería: número de análisis de aguas, número de inspecciones sanitarias, número de vacunas suministradas, etc.).

Desde este *contrato* la institución puede tolerar actividades comunitarias, pero éstas se realizan *fuera de encuadre*, no incluyéndose en los indicadores que determinan el salario, el ascenso en la carrera profesional o el propio acceso al puesto de trabajo (vease el lugar que tienen las habilidades comunitarias en los temarios de los concursos-oposiciones que regulan la entrada en las instituciones de salud).

5°. Problemas relacionados con el trabajo comunitario como voluntariado.

Al quedar el trabajo comunitario fuera del contrato con la institución, sólo puede ser posible si se asume voluntariamente por los técnicos desde planteamientos profesionales o ideológicos.

Así son frecuentes situaciones en las que uno o varios miembros del equipo se *especializan* en el trabajo comunitario.

Estos profesionales pueden, a veces, abrir camino al resto del equipo en su relación con la comunidad, dinamizándole y estimulándole a superar las dificultades apuntadas.

Sin embargo, es más frecuente que se cronifiquen como *especialistas*, sobre lo que el equipo deposita la *tarea comunitaria*, no haciendo éste el esfuerzo de salir de lo fácil, de lo conocido desde el esquema profesional, de lo instituido.

6°. Problemas relacionados con la protocolización.

Es frecuente que los nuevos equipos fundados en un marco de reforma institucional, después de pasar una fase inicial de confusión, caracterizada por un débil control institucional y un predominio de iniciativas y programas desde la periferia de la institución (*fase instituyente o centrífuga*), alcancen

una fase de protocolización y homogeneización de objetivos y programas. Esta fase supone un mayor control institucional, desde los niveles directivos, sobre los equipos, y una limitación de las iniciativas de estos (*fase instituida o centripeta*).

Durante esta fase de protocolización no sólo se unifican los registros (historias clínicas, protocolos de inspección, registro de actividades, programas informáticos, etc.), sino también se homogeneizan los programas y actividades que hasta entonces venían realizando los diferentes equipos.

Los niveles directivos se suelen asegurar el control de unas actividades mínimas a realizar por parte de los equipos.

Este proceso de estandarización puede tener un impacto negativo en el trabajo comunitario, en el caso que la protocolización pase de ser un instrumento unificado para el registro y la evaluación, a convertirse en el vehículo de la burocratización, es decir, *a favorecer respuestas estandarizadas frente a las demandas comunitarias*.

Así, por ejemplo, el Programa de Hipertensión del equipo A y su desarrollo no se diferencia del equipo B que se encuentra en otra comunidad, o la forma de responder al alcoholismo en la comunidad A es la

misma que la que se utiliza para la comunidad B.

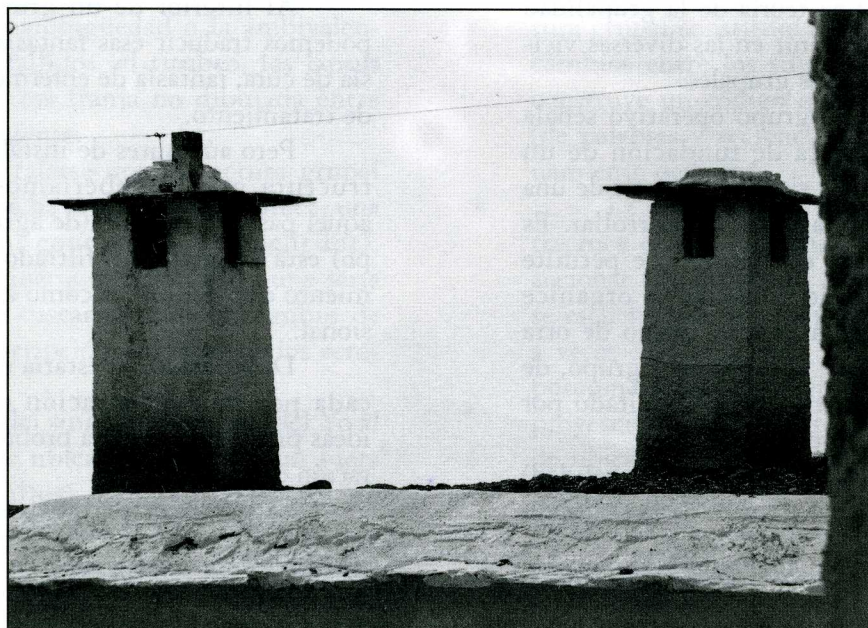
Otro problema se plantea cuando la dirección fija un mínimo común de actividades tan amplio que abarca prácticamente toda la jornada laboral e impide el desarrollo de actividades específicas (no comunes) dirigidas a problemas específicos de la comunidad.

Lo expuesto hasta ahora pretende ilustrar la afirmación de que en contra de lo que pudiera parecer tras escuchar el discurso oficial, el ámbito comunitario es un territorio todavía *virgen* y prácticamente inexplorado por los equipos técnicos de salud, que apenas han dado el primer paso de llevar a la práctica las teorías sobre *Desarrollo Comunitario* y *Participación Comunitaria*, que tuvieron una influencia importante en la elaboración de nuevos modelos asistenciales en el campo de la salud, como fueron la Atención Primaria de Salud en su concepción original (Alma Ata 1978) y la Promoción de la Salud (Ottawa 1986).

Sólo si las instituciones y los profesionales de la salud somos capaces de reconocer estas dificultades, abordarlas e incorporar los elementos específicos del ámbito comunitario a nuestra práctica, podremos evitar que la noción de Comunidad *se pase de moda*. ☺

Bibliografía

1. BLEGER, J.: *Psicobiología y psicología institucional*. Paidós. Buenos Aires, 1976.
2. BAULEO, A.: "¿Qué es la salud comunitaria?", en *Notas de psicología y psiquiatría social*. Atuel. Buenos Aires, 1988.
3. GONZÁLEZ GUTIÉRREZ SOLANA, M.J.: "Psicología comunitaria. ¿Una práctica específica?", en *Actas del 1º Congreso de Medicina Comunitaria*. Madrid, 1980.
4. BUSTURIA, R.: "Salud comunitaria", en BAULEO, A. y otros, *La concepción operativa de grupos*. AEN. Madrid, 1990.
5. BATTEN, T.R.: *Las comunidades y su desarrollo*. FCE. México, 1979.
6. POLSBY, N.; BERNARD, J.; SANDERS, I.: "Comunidad", en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol.II. Aguilar. Madrid, 1974.
7. TÖNNIES, F.: *Comunidad y asociación*. Península. Barcelona, 1979.
8. GINER, S.; y FLAQUER, L.: "Ferdinand Tönnies y la ciencia social moderna", Prólogo al libro de Tönnies, F., *Comunidad y asociación*. Península. Barcelona, 1979.
9. COOLEY, Ch.: *Social Organización*. The Free Press. Glencol, 1909.
10. DURKHEIM, E.: *The Division of Labor in Society*, The Free Press. Glencol, 1960. Originalmente (1893) publicado con el título *De la división du travail social*.
11. REDFIELD, R.: "The Folk Society". *American Journal of Sociology*, 52. 1947.
12. HAWLEY, A.: *Ecología humana*. Tecnos. Madrid, 1982.
13. MACIVER, R.M.; y PAGE, Ch.H.: *Sociología*. Tecnos. Madrid, 1960
14. CEE: *El libro verde sobre el medio ambiente urbano*. Bruselas, 1990.
15. FOUCAULT, M.: *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores. Madrid, 1980.
16. VOURI, H.: "El modelo médico y los objetivos de la educación para la salud", en *Tendencias actuales en educación sanitaria*. Quadern CAPS, 8. Barcelona, 1987.





Seris

El problema de las decisiones en oncología *José Expósito* • La concepción de la salud y la enfermedad en el centro de salud ¿Modelo organicista o modelo integral? *Juan Carlos Verdes-Montenegro* • Apuntes sobre la relación médico-paciente en medicina general *Manuel del Castillo / Ángel Antoñanzas* • Comentarios a la comunicación médico-paciente en atención primaria de salud *Fermín Quesada* • La noción de comunidad y el equipo de salud *Javier Segura* • Teoría de los grupos y familia *Armando Bauleo* • El grupo como espacio privilegiado del pensamiento *Liliana Checa* • Reflexiones sobre un caso que no se fue de vacaciones *María del Carmen Carrión* • La cuestión del voluntariado en Cataluña *Colectivo Crítico para la Salud Mental*.