

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

*“La atención a la salud no es un tipo de profesión más sino una manera de construir la sociedad”
(R.J. Sanchez. Salud 2000,2009)*

En relación con la salud, tenemos una **oportunidad** que es a la vez una responsabilidad:

Convertir en público los problemas de salud que abordamos privada, confidencialmente, con escucha o consejo, como lo hemos hecho con los problemas de violencia de género, o de desigualdad, pues en nuestros servicios se observan muchos problemas que están limitados o delimitados por lo social, “sociosanitario”, económico y político.

Junto a este punto de partida —nuestra **intervención** sanitaria está **ampliamente determinada por lo social**— convivimos, sin conflicto, en los servicios sanitarios públicos, con una atención casi exclusivamente individual. **La responsabilización individual** predomina en nuestros mensajes a los usuarios, al intentar promocionar el autocontrol de los comportamientos frente a los riesgos en la salud.

Hay quien plantea este mensaje de **exclusiva** autorresponsabilidad incluso como una concepción “persecutoria” de la salud. Hay ya propuestas razonables, en algunos profesionales de la Salud Pública para orientar nuestros mensajes y recomendaciones más allá de la acción personal en los cuidados a la salud. *“¿Salud como responsabilidad de cada uno?, no, gracias!”*

Pero además asumimos habitualmente una **responsabilidad también en exclusiva como profesionales**, cuando la salud, la buena salud, realmente se genera en nuestro entorno de condiciones materiales, significados, costumbres y prácticas, con una fuerte influencia cultural y social.

Las personas que trabajamos en el sistema sanitario tenemos experiencia en nuestro quehacer para la recuperación, incluso inmediata, de la salud, según un modelo tradicional. Pero en el plano de los aspectos psicosociales, las desigualdades sociales, la comprensión global de la dinámica social que incide sobre la salud y su salvaguarda, no partimos apenas de competencias.

Observamos junto a esta falta de competencia profesional, un incremento del número de consultas, un incremento del tiempo de tratamiento con psicofármacos, de los tiempos de baja laboral, ... empeorando, en las cuestiones psicosociales, o psicosomáticas, nuestro acierto en el diagnóstico precoz y la reparación de la salud.

En este sentido es hora de **incorporar la Salud Comunitaria** —que se inició en los años 80 con el modelo de Atención Primaria integral e integrada y desaparecida en el periodo más sombrío del proyecto político “Osasuna Zainduz”— y es hora de **hacerlo colectivamente** con Osatzen, Enfermería Comunitaria, Salud Mental Comunitaria, los colectivos de Trabajo Social... desde su **dimensión instrumental** (J. Irigoyen), a la par que social: para **facilitar nuestro trabajo profesional**, dado que en numerosos casos sentimos dificultades, incapacidad, desorden, incumplimientos o falta de progreso en la restauración de la salud que tratamos de practicar.

¿Por qué sobrecargarnos, en determinados casos, con pesar, preocupación, tiempo o costes sanitarios, cuando podemos compartir o trasladar las necesidades de reparación, las

preocupaciones, la responsabilidad a otras profesiones, asociaciones, personas expertas, redes, responsables políticos...?

¿Por qué asumir en solitario el sistema sanitario la promoción de salud, si responde a la necesidad de sostener un ideal de salud que tiene, en sí mismo, una perspectiva amplia, totalizadora, estrechamente relacionada con los modos de vida, el ideal social, las subculturas sociales, las influencias psicosociales?

¿Por qué dejar estas cuestiones a los **técnicos** de la Administración? ¿Por qué dejarlo a la iniciativa de **intereses políticos** cambiantes, delegando en la consejería o en los gestores comarcales la responsabilidad de devolver a la normalidad la Intervención Comunitaria que forma parte de nuestro trabajo en Atención Primaria, y aún en especializada?

Es el tiempo también de una **ética** (responsabilidad) para las personas que trabajamos en la ayuda a las otras personas que sufren problemas en su salud con dolor físico, psíquico, o psicosocial que se expresa con cronicidad, complejidad o dificultad.

Nuestro compromiso debe ser trasladar progresivamente al espacio colectivo la tarea **reparadora** de las **condiciones** sociales que están detrás de los procesos de salud-enfermedad-cuidados y que vemos en nuestro trabajo como sanitarios.

Necesitamos, además, la **energía social**, los conocimientos sociales, el trabajo social, la sociología de la salud, la psicología de la salud, la antropología de la salud, la medicina y enfermería social, la experiencia de los pacientes expertos, de las asociaciones, las estrategias colectivas, especialmente las locales/municipales, que atiendan el desarrollo del ideal de salud (la buena salud) y su reparación, pero también cambie la responsabilidad, de pacientes o profesionales, al conjunto de la sociedad.

Qué hacer o **cómo hacerlo**: Los expertos nos dicen que la participación de la gente no sería una dificultad si, primero, eliminamos la barrera por la que tendemos a situar a la población como incapaz, siendo que hay experiencias de contribución, impulso, defensa de la salud... en los colectivos sociales.

“Contemplar la posibilidad de decidir con la gente y aceptar el decidir con la gente”.

En la propia sociedad, nuestra experiencia de años y atendiendo miles de personas, en Atención Primaria, encontramos personas:

- Conscientes de sus derechos y obligaciones.
- Productores y reproductores de contenidos sociales y de cultura.
- Que generan conocimiento.
- Que aprenden y enseñan.
- Con flexibilidad y estabilidad.
- Capaces de mediar.
- De responder de sus actos.
- Capaces de racionalidad.
- Capaces de dinamismo y consistencia.
- Capaces de construir y transformar la realidad.

Y en segundo lugar, cambiar la **orientación profesional** absolutamente orientada hacia las respuestas individuales, pero no colectivas, hacia otras tareas como pudiera ser: conectarse, participar en redes, asesorarse, “simplemente” llevar al espacio social lo que esté relacionado con lo social en nuestro trabajo.

Necesitamos dispositivos progresivos, flexibles, sostenibles,... No hay un único modelo, nos dicen las personas expertas. Obtendremos unas veces coordinación, otras impulso a la innovación, otras apoyo a la investigación, reflexión y mayor conocimiento de una realidad compleja y sobre todo, **compartir la sobrecarga de responsabilidad** en nuestro trabajo cotidiano.

Un ejemplo claro puede estar siendo la responsabilización al sector médico, nuevamente a través del *suspense* público —aparecía recientemente en los medios de comunicación esta profesión— en su papel insuficiente ante la problemática de violencia contra las mujeres.

Sin embargo, lo habitual en el trabajo es no explorar lo psicosocial y esto no parece importar.

Y, por otra parte, 1 de cada 5 personas en nuestro país (según estudios) conoce directamente a mujeres que han sufrido esta violencia en su entorno —quizás familiares, vecinos, amistades, la policía local...

Hay, pues, fracaso social cuando los responsables políticos, concejales... no han tomado medidas en estos años contra la violencia estructural; o cuando la mayor parte de los varones no han iniciado, o apoyado, suficientemente, las reivindicaciones realizadas por mujeres...

Se presenta como una responsabilidad **sanitaria sobre todo** y no de toda la sociedad. Cómo es que las mujeres afectadas no ven, en general, a su entorno inmediato y social como seguro o de respaldo suficiente: por qué, cada mujer, no comparte con amigos, familia, responsables municipales, vecinos sus problemas y la búsqueda de soluciones.

Si reflexionamos supone un grave **suspense social**, y, sin embargo, se da más importancia en cuestionar lo que le falta al medio sanitario para atender a las mujeres en estas necesidades.

El cambio hacia lo comunitario (la comunidad) no necesita, principalmente, técnicas sanitarias, sí se necesita:

- Un mayor **conocimiento de la realidad local**, que acerque a los sanitarios a la población que atendemos; esto lo puede elaborar Eustat o los técnicos locales municipales. Probablemente parte de estos datos estarán en la memoria anual del ayuntamiento.
- Una información al alcance de los sanitarios, de asociaciones y **colectivos/redes** relacionadas con la salud o lo sociosanitario, que puede conseguirse a través de los organismos públicos, no Osakidetza.
- Una respuesta a los **protocolos municipales** sobre Violencia contra las mujeres o sobre Igualdad (que proponen algunos cambios o formas concretas de colaboración) es más fácil si los planes están en cada centro y, además, pueden ser presentados por Ayuntamientos, Emakunde, Diputaciones, Observatorios... directamente al personal sanitario.

Un **registro de las condiciones laborales** (también el trabajo doméstico) como un dato más de la historia clínica que no requiere problema técnico alguno. Tampoco el poner posibles condiciones sociolaborales, o sociales, junto a los diagnósticos registramos.

Igualmente apuntar posibles **necesidades importantes psicosociales** de las personas que atendemos, que luego se pueden pasar al espacio municipal de alguna forma, como necesidades particulares. Solemos pensar que ya se atienden en los servicios sociales (problemas económicos, soledad, problemas temporales para andar, para ver, para el equilibrio... claudicación temporal, necesidades de recibir cuidados... que no piden ayuda en los servicios sociales).

Del mismo modo, tomar nota de la **afectación "genérica" en mujeres y hombres** que pueden estar en relación con problemas psíquicos o psicosomáticos que vemos en las consultas. El diagnóstico de disforia de género tendría amplio sentido.

Hacer un papel de **autoridad guía** y no autoridad poder (autoritarismo) es una necesidad muy sentida que siguen expresando las personas que acuden a nuestros centros de salud.

La **formación sobre el trabajo comunitario**, para conocer proyectos, en otros centros, por otros profesionales, que sean buenos proyectos, y así tener modelos actuales y prácticos, que ayuden a aprender este tipo de intervenciones, es posible y no se necesita más gasto en formación que el actual.

Un **Plan de salud municipal**, de la misma manera que se realizan planes de igualdad, o medio ambientales.

Una **conexión dentro de nuestros centros y profesionales y entre** sanitarios, trabajadores municipales, educadores, aprovechando formación común, en vez del aislamiento actual; esto no lleva gasto económico ni de personal complementario: sólo coordinación inmediata.

La puesta en marcha del "**banco de tiempo para empresas sociales**" (voluntariado social), sobre todo de escolares y profesionales jóvenes. Y no tiene costes para nuestro sistema sanitario...

- Las **corporaciones locales** deben salir al encuentro de las auténticas necesidades en salud, que vienen de problemas sociales, para responder con la acción social, a las personas más necesitadas.
- Las personas y los **colectivos sociales** deben ayudar a otras personas: todas las personas vamos a necesitar ayuda , y necesitar ayudar , en algún momento de nuestras vidas. Además de ser beneficiario de los servicios de salud se necesita aceptar ser una persona activa en las trabajos colectivos para entre todos mejorar la salud de todos:

Con horas de trabajo, con apoyo político, económico, con materiales, participación en grupos, o el propio conocimiento, la experiencia que se tiene, poniéndonos en marcha, en una tarea dinámica, que no se mide, que puede ser algo más allá de la respuesta a un plan concreto.

- Y las personas que **trabajamos en los centros de salud** debemos salir de una atención sólo individual hacia el medio social, sobre todo el municipal, compartiendo los datos importantes (muertes, principales problemas de salud relacionados con lo social, necesidades por discapacidad, falta de igualdad, hábitos, estilos de vida, conflictos y dificultades más repetidos...) pidiendo una respuesta **primariamente social**.

La salud se construye en la sociedad. Los trabajadores sanitarios tenemos una asignatura pendiente. Podemos ayudar en la búsqueda de una solución a los problemas colectivos, si los hacemos visibles, con datos y análisis, pero también pidiendo ayuda a las asociaciones sociales o a las instituciones no sanitarias, para la difícil tarea, a veces, de reparar la salud.

Además aportamos elementos nuevos para la construcción social.

La salud es cosa de todos.