

OBRA SOCIAL. EL ALMA DE "LA CAIXA".

Juntos por la Convivencia

Claves del Proyecto de Intervención
Comunitaria Intercultural

4 Salud



Obra Social "la Caixa"

Edición: Obra Social "la Caixa"

Dirección Científica del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural

Director científico: Carlos Giménez Romero, Universidad Autónoma de Madrid

Asesor general: Marco Marchioni

Asesor de educación: Miquel Àngel Essomba

Asesora de salud: María Milagros Ramasco

Equipo técnico

(2010-2013): José Manuel Álamo
Fabiana Basso
Lilian Leiva
Francisca Lema
Iván Alvarado
Javier Rodríguez

Colección Juntos por la Convivencia

Autores del volumen: María Milagros Ramasco
Francisca Lema

Coordinación técnica: José A. Rubio

Diseño gráfico: Cèl·lula, Acció Creativa

Corrección lingüística: Solució de Continuitat

Traducción: Solució de Continuitat

Impresión: Quadern Graf, S.L.

Agradecimientos

Asociación Gitana Anaquerando	Ayuntamiento de Madrid
Asociación La Rueca	Ajuntament de Barcelona
Associació per la Cooperació, la Inserció Social i la Interculturalitat, ACISI	Ayuntamiento de Zaragoza
Associació Sociocultural El Torrent	Ayuntamiento de Granada
Casal dels Infants	Ayuntamiento de Elche
Centro de Acogida de Inmigrantes, CEAIN	Ayuntamiento de Jerez de la Frontera
Comisión Española de Ayuda al Refugiado, CEAR	Ayuntamiento de Leganés
Cooperación y Desarrollo en el Norte de África, CODENAF	Ayuntamiento de Getafe
Fundació Tot Raval	Ayuntamiento de Logroño
Fundación Canaria El Patio y Asociación de Mujeres Tiemar	Ayuntamiento de El Ejido
Fundación Cepaim Acción Integral con Migrantes	Ayuntamiento de Paterna
Fundación Elche Acoge	Ajuntament de Tortosa
Fundación Federico Ozanam	Ajuntament de Salt
Fundación Rioja Acoge	Ayuntamiento de Daimiel
Fundación Secretariado Gitano	Ayuntamiento de San Bartolomé
Fundación Universidad Autónoma de Madrid, FUAM	
Surt, Fundació de Dones	

DL: B 18610-2015

Juntos por la convivencia

Cada vez más, el mundo entero y los diferentes países –y España entre ellos– tienen ante sí el formidable reto de gestionar la diversidad cultural, étnica, de origen, lingüística y religiosa. Este es un desafío que no solo afecta a cada país en sí, sino también a las regiones y municipios, e implica asimismo a las instituciones y organizaciones y a cada uno de los ciudadanos.

Uno de los compromisos de la Obra Social "la Caixa", desde su creación hace más de cien años, ha sido prestar atención a las nuevas realidades sociales y desarrollar programas a favor de las personas, con sentido de anticipación y transformación social, que puedan servir de modelo para futuras actuaciones. Con esta vocación nace y se desarrolla el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural.

Desde el año 2010 el Proyecto ICI se ha desarrollado en 17 territorios de alta diversidad cultural, proponiendo un modelo de intervención social y gestión de la diversidad centrado en el protagonismo de las comunidades locales que busca afrontar de forma organizada, eficaz y positiva el reto crucial de la convivencia y la cohesión social. En julio del 2014 el Proyecto ICI se amplió a 40 territorios.

Sin relación no es posible la convivencia. Por ello, el Proyecto ICI promueve, junto a las administraciones locales y las entidades del territorio, la creación de espacios de encuentro, relación e interacción positiva entre personas de diferentes procedencias y pertenencias culturales y religiosas, para así facilitar la inclusión social, la igualdad de oportunidades, la cohesión social y la promoción de la convivencia.

Trabajar juntos, tanto responsables políticos e institucionales como organizaciones que actúan en el territorio y ciudadanía, desde la corresponsabilidad y el compromiso compartido y a favor de la convivencia, es una idea tan básica como innovadora y transformadora. Y es desde ese trabajar juntos que el Proyecto ICI impulsa la convivencia y pretende mejorar la calidad de vida de un territorio.

El trabajo desarrollado durante los últimos cuatro años ha implicado a más de 1.800 profesionales y contado con la participación de más de 280.000 personas. Los notables resultados e impactos obtenidos en la mejora de la convivencia* y de las políticas sociales en los territorios de inter-

* Encuesta 2012 sobre convivencia intercultural en el ámbito local.

vención han puesto en valor la capacidad de adaptación del modelo conceptual y metodológico del Proyecto ICI a territorios diversos en sus características sociodemográficas y en su tipología.

La colección Juntos por la Convivencia. La Intervención Comunitaria Intercultural sintetiza el trabajo realizado durante los tres primeros años de intervención. Esta labor, basada en la retroalimentación entre teoría y práctica, ha derivado en la construcción de un conocimiento compartido por quienes han participado activamente en el proceso, el cual se pone a disposición de las personas e instituciones interesadas en desarrollar políticas para el fomento de la convivencia y la cohesión social.

La Obra Social "la Caixa" agradece la colaboración y la inestimable aportación de la experiencia, el conocimiento y la voluntad política de todas las personas, entidades e instituciones participantes en el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural.

 Obra Social "la Caixa"

Índice

Presentación	9
Introducción	13

1

¿Cuál es el planteamiento en salud comunitaria intercultural?	21
1.1 ¿Cómo se ha definido la salud comunitaria intercultural en el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural?	23
1.2 ¿A qué necesidades pretende dar respuesta la salud comunitaria? ¿En qué fundamentos se asienta?	24
1.3 ¿Qué aporta la salud comunitaria intercultural a la mejora de la convivencia ciudadana?	26
1.4 ¿Qué implica la acción comunitaria para la salud desde la perspectiva intercultural?	27
1.5 ¿Qué metas se plantearon en el ámbito de la salud comunitaria intercultural?	32
1.6 ¿Qué implica trabajar desde una perspectiva comunitaria en el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural?	33
1.7 ¿Cuál ha sido el diseño de la intervención en salud comunitaria?	34

2

¿Cómo es la intervención comunitaria intercultural desde la salud?	37
2.1 ¿Cuáles han sido las premisas de partida en el ámbito de la salud comunitaria intercultural?	39
2.2 ¿Cuál es la estructura del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural en el ámbito de la salud comunitaria intercultural?	41
2.3 ¿Cuál fue el contexto de partida del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural?	43
2.3.1 Un modelo de acción compartido, aplicado a distintos territorios	43
2.3.2 Centralidad del ayuntamiento en el ámbito de la salud comunitaria intercultural	45
2.3.3 Fragmentación y sectorización de la atención sanitaria	47
2.4 ¿Qué aporta el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural en el ámbito de la salud?	48
2.5 ¿Cuáles fueron las fases del desarrollo operativo de la acción en salud comunitaria intercultural?	51
2.5.1 Primera fase	52
2.5.2 Segunda fase	58
2.5.3 Tercera fase	67

2.6	Líneas de acción prioritarias en salud comunitaria intercultural	69
2.7	Experiencias significativas en salud comunitaria intercultural. Cinco ejemplos ilustrativos	73

3	¿Cuáles han sido los principales logros en salud comunitaria intercultural?	89
3.1	Consolidación de las bases y fundamentos de la salud comunitaria	92
3.2	Implicación progresiva de agentes del territorio en la salud comunitaria intercultural	93
3.3	Incremento notorio de la actividad en el ámbito de la salud comunitaria intercultural	95
3.4	Fortalecimiento del trabajo intersectorial y cooperativo	97
3.5	La monografía comunitaria, el diagnóstico y la programación y consolidación de alianzas entre los tres protagonistas	99
3.6	Avances en las líneas prioritarias de acción en salud comunitaria intercultural	100
3.6.1	Otros logros significativos en promoción de la salud	105

4	¿Qué aprendizaje hemos extraído? Algunas recomendaciones para mejorar la intervención en salud comunitaria intercultural	109
---	---	-----

5	Bibliografía	119
---	---------------------	-----

6	Glosario	133
---	-----------------	-----

Presentación

Una obra colectiva teórico-práctica, a partir de un proyecto mancomunado, y para una praxis comunitaria

Esta serie de libros sintetiza la experiencia, logros, limitaciones y aprendizajes obtenidos durante la primera etapa del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural, esto es, del trabajo colectivo por la convivencia ciudadana intercultural y la cohesión social llevado a cabo no por centenares sino miles de personas en 17 territorios locales de 15 municipios de España entre septiembre del 2010 y agosto del 2013. En la actualidad –escribo estas líneas en noviembre del 2014–, el Proyecto ICI se ha ampliado a 39 lugares y esta obra es, entre otras cosas, un aporte clave para poder afrontar, con visión compartida e inteligencia colectiva, los nuevos y complejos retos.

Al presentar la colección Juntos por la Convivencia permítaseme comenzar por señalar dos deficiencias que con demasiada frecuencia se observan en los planes, políticas, programas o proyectos sociales. No me gusta comenzar por «lo negativo», pero considero que ello ayudará a encuadrar la naturaleza y valor de lo que el lector o lectora tiene entre sus manos. Me centraré en el caso de los proyectos de intervención social, pues es en esa categoría donde se ubica el Proyecto ICI.

Primera deficiencia: en los proyectos de intervención social **la dimensión del conocimiento no siempre juega el relevante papel que debería jugar**. Dichas iniciativas adolecen con demasiada frecuencia de falta de la debida fundamentación científica y conceptual. A partir de ahí, el grado de acierto o éxito de dicha iniciativa será menor. Al fallar o ser débil la fundamentación teórica y conceptual, la labor práctica de los protagonistas del proyecto no se constituye en praxis dinámica y dialéctica, en la que se retroalimentan en simbiosis creativa pensamiento y acción, teoría y práctica, saber y transformación. La práctica, en definitiva, deviene en practicismo.

Segunda deficiencia: con demasiada frecuencia también en los proyectos de intervención social, una vez concluido el proyecto o alguna de sus etapas, la experiencia que ha supuesto –siempre compleja, por definición– **no se sistematiza y publica**, perdiéndose, de esa forma, la riqueza acumulada. Dicho con otras palabras, no se culmina, debidamente y entre todos, la actuación correspondiente. Por lo demás, se debilitan gravemente las posibles nuevas etapas a acometer. Más aún cuando ese proyecto es colectivo, comunitario y público, esa carencia –en la labor de síntesis de la experiencia y en la difusión de sus aprendizajes, resultados e impactos– supone una falta de devolución a los actores sociales, profesionales e institucionales que hicieron posible el proyecto y la experiencia vivida.

Pues bien, **estos cinco volúmenes** que ahora se presentan a los diversos y numerosos actores del Proyecto ICI, así como a todos los interesados en estas relevantes, decisivas y apremiantes cuestiones de la convivencia y la cohesión local, **por un lado, muestran la enorme relevancia que el conocimiento colectivo y aplicado tiene en este proyecto y, por otro lado, suponen un ejercicio responsable de sistematización, publicación y devolución de lo hecho y aprendido.**

En efecto, estos libros, dedicados respectivamente a –y emplearé solo la palabra clave de cada texto– **enfoque, método, educación, salud y participación**, están redactados a partir de los conocimientos sobre gestión de la diversidad, desarrollo local, inmigración, minorías, intervención comunitaria, conflictología o mediación que sirvieron para diseñar, allá por el año 2009, con el más riguroso fundamento posible, este proyecto de impulso de la convivencia y validación de hipótesis de trabajo comunitario y mediador. Pero, y aquí viene algo aún más importante, ese rico y colectivo bagaje previo fue aplicado, validado o no, ajustado y desarrollado, a partir de **la práctica de 17 equipos en 17 territorios y la participación de responsables institucionales, profesionales y técnicos, decenas de entidades y miles de ciudadanos de esas localidades.**

En ese proceso de intervención:

- a. Se configuró una **base de datos o cuadro de mando** en que se fue recogiendo una multiplicidad de informes semanales, mensuales y anuales.
- b. Se llevaron a cabo **audiciones y coloquios**.
- c. Se elaboraron **monografías comunitarias**, como producto clave del **conocimiento compartido**.
- d. Se aplicaron en el 2010 y el 2012 sendas **encuestas sobre convivencia en territorios de alta diversidad**.
- e. Se fueron registrando las múltiples y constantes **reflexiones y aportaciones**.

Sin todo ello, sin esa intensidad de conocimiento aplicado y reflexión para la práctica, no se habría podido elaborar la presente obra.

Y, para hacer lo anterior, ha sido preciso establecer –también en esta fase de elaboración– unos **ejes de sistematización** que unificaran el trabajo de elaboración y redacción de los textos. Como puede apreciar el lector, los distintos volúmenes se estructuran a partir de cuatro preguntas centrales que dan hilo conductor a los correspondientes capítulos de cada obra:

1. **Cómo nos hemos planteado** en el Proyecto ICI la cuestión abordada. Por ejemplo, la metodología del volumen 2, el trabajo en educación del volumen 3, etc.
2. **Cómo lo hemos puesto en práctica**. Por ejemplo, el impulso de la convivencia en el volumen 1, la línea específica de salud comunitaria en el volumen 4, etc.

3. **Cuáles han sido los logros obtenidos** en ese ámbito o materia. Por ejemplo, los resultados de la línea específica de relaciones sociales y participación del volumen 5.
4. Y, finalmente, **qué aprendizajes ha habido y qué recomendaciones** se desprenden para la segunda etapa del Proyecto ICI, iniciada en septiembre del 2013.

La colección Juntos por la Convivencia es una obra colectiva tanto en su diseño como en su elaboración.

En efecto, la elaboración de cada uno de los volúmenes ha recaído, de forma colaborativa, en los asesores del Proyecto ICI y en los miembros del equipo de la Dirección Científica. No obstante, puede afirmarse que esta obra colectiva posee un alcance aún mayor, pues sin las experiencias locales desarrolladas por los equipos de intervención del Proyecto ICI conjuntamente con profesionales, ciudadanos y representantes institucionales en cada territorio, esta obra no habría sido posible.

El trabajo general de edición ha sido organizado a partir de un coordinador técnico de la publicación en estrecha coordinación con el director científico del Proyecto ICI.

No ha sido nada fácil, entre otras cosas por haberlo redactado durante muchos meses en los que el Proyecto ICI no solo seguía adelante con nuevas actividades y desafíos, sino que estaba en plena expansión. Pero lo hemos conseguido. Desde aquí, gracias a todos y todas por vuestras valiosas aportaciones y gracias también a la Obra Social "la Caixa", y especialmente al Área Social y a su equipo, pues no solo está haciendo posible este amplio e innovador proyecto sino también la difusión de esta obra.

Ahora solo resta que la colección Juntos por la Convivencia sirva a sus propósitos: esto es, seguir creando **conocimiento para la acción, devolver la experiencia** a quienes la han hecho posible y **ser útil** a quienes estamos comprometidos en la lucha contra la exclusión y la discriminación mediante la promoción de la auténtica convivencia –no solo la coexistencia– en las comunidades locales y diversas de ciudadanos y ciudadanas.

Carlos Giménez Romero

Director científico del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural

Introducción

1. La sistematización de una experiencia innovadora de intervención social

La colección Juntos por la Convivencia. La Intervención Comunitaria Intercultural consta de cinco volúmenes que sistematizan cada una de las dimensiones en las que se ha desarrollado la experiencia del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural durante su primera etapa, del 2010 al 2013.

Debido a su novedosa propuesta de intervención social, que conjuga líneas específicas de actuación –salud, educación, participación– con una línea global vertebradora del conjunto del Proyecto ICI, y a la enorme riqueza y diversidad de las acciones realizadas en 17 territorios de intervención, la sistematización de la primera etapa del Proyecto ICI se ha organizado en cinco volúmenes que responden a cada una de sus dimensiones: la convivencia y la cohesión social, la metodología, la educación, la salud y la participación.

El Proyecto ICI es una propuesta innovadora de intervención social y gestión de la diversidad social y cultural que se está extendiendo a nuevos barrios, pueblos y ciudades de toda España, validada por sus buenos resultados y sus impactos en la mejora de la convivencia y de las políticas sociales de los territorios en los que ha intervenido.

Por esos motivos, tras más de tres años de praxis, de retroalimentación entre la teoría y la práctica y de construcción de un conocimiento compartido por todas aquellas personas que han participado activamente, ha llegado el momento de socializar este conocimiento con la finalidad de facilitar su transmisión a otras personas, organizaciones e instituciones que pudieran estar interesadas en poner en marcha procesos comunitarios interculturales para la convivencia y cohesión social. La elaboración de estos cinco volúmenes es una vía, entre otras, para facilitar esa transmisión.

- El volumen 1, *Convivencia y cohesión social*, aborda el enfoque teórico y la finalidad de la intervención comunitaria intercultural.
- El volumen 2, *Metodología*, se centra en el desarrollo metodológico seguido para la implementación de procesos comunitarios interculturales.
- El volumen 3, *Educación*, sistematiza lo realizado desde la línea específica de educación en el marco del proceso comunitario intercultural.
- El volumen 4, *Salud*, igualmente, aborda la línea específica de salud en el marco del proceso comunitario intercultural.

— El volumen 5, *Participación*, por último, centra su sistematización en la participación de la ciudadanía y su relación con los demás protagonistas.

2. La primera etapa del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural

En el 2010, a iniciativa de la Obra Social "la Caixa", arrancó la aventura del Proyecto ICI en 17 territorios locales de intensa diversidad social y cultural, ubicados en ocho comunidades autónomas. Territorios variados en sus características sociodemográficas y ubicaciones: zonas rurales, grandes ciudades, centros históricos, zonas de extrarradio, zonas costeras o ciudades de áreas metropolitanas.

Una amplia gama de situaciones y contextos donde el Proyecto ICI ha puesto en valor su flexibilidad y capacidad de adaptación, siendo capaz de obtener resultados notables en la práctica totalidad de territorios gracias a la implicación activa de todos los actores: las administraciones públicas, los recursos profesionales y la ciudadanía.

El desarrollo de la primera etapa (septiembre del 2010 - agosto del 2013) ha posibilitado validar en la práctica la hipótesis de partida. Gran parte del éxito de su implementación se ha debido a la combinación entre la flexibilidad requerida por la diversidad de los contextos locales y la unicidad en el enfoque y en la metodología de la intervención desplegada, común a los 17 territorios.

Esa combinación de unidad de enfoque y método con diversidad de actuación local ha sido potenciada por las sinergias establecidas entre las entidades sociales responsables de la implementación en cada territorio, poseedoras de una larga trayectoria de trabajo, y la Dirección Científica del Proyecto ICI (DECAF) de la Universidad Autónoma de Madrid, quien ha formado, capacitado y realizado un seguimiento continuo a los equipos de intervención en el enfoque y métodos propios de los procesos comunitarios interculturales, contando con asesoramiento experto tanto en el planteamiento metodológico general como en las líneas específicas de actuación de salud y educación.

Otro factor que ha contribuido a explicar los buenos resultados de la experiencia en su primera etapa ha sido la combinación de actuaciones específicas, en ámbitos como la salud y la educación, con el desarrollo de una línea de actuación global que vertebra y da coherencia al proceso comunitario intercultural.

Esos buenos resultados están en la base de la expansión de este modelo innovador y mancomunado de intervención a otros 23 territorios en la segunda etapa del Proyecto ICI, iniciada en septiembre del 2013. Entendemos «modelo» no como algo ejemplar y sin tacha, sino como conjunto dinámico de **hipótesis validadas** mediante la praxis articuladora de teoría y práctica. Así pues, en la segunda etapa y como consecuencia de la validación del modelo de intervención, el Proyecto ICI se ha ampliado a otros contextos locales, ahora ya distribuidos en 11 comunidades autónomas más Ceuta y aumentando hasta 32 los municipios implicados, todo lo cual incrementa notablemente tanto la diversidad como la complejidad del Proyecto ICI. La colección Juntos por la Convivencia constituirá un instrumento útil para favorecer la transmisión de los aprendizajes extraídos a los nuevos territorios, así como a las organizaciones e instituciones interesadas en la implementación de procesos similares.

3. La propuesta del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural

La propuesta del Proyecto ICI ha consistido y consiste en una idea tan básica como innovadora y transformadora: trabajar juntos –responsables políticos e institucionales, profesionales y técnicos, organizaciones y ciudadanos– por la convivencia y el desarrollo social de las comunidades locales –barrios, pueblos y ciudades– y hacerlo como coprotagonistas de la comunidad y en corresponsabilidad.

Así de sencillo y así de complicado. A todo el mundo nos parece algo de sentido común y, sin embargo, no suele darse en la práctica. Mientras en los territorios se encuentran gran variedad de recursos profesionales, ONG, servicios públicos y asociaciones trabajando por resolver los problemas que afectan a la población, la enorme complejidad de los mismos y la sectorialización de los recursos públicos y privados dificultan enormemente su articulación conjunta en proyectos comunes para la convivencia y el desarrollo social.

La propuesta del Proyecto ICI consiste precisamente en eso, en facilitar y apoyar la articulación de proyectos comunes en los que quepan todos: las administraciones, los recursos técnico-profesionales del territorio y la ciudadanía. Todos ellos, como protagonistas de su propio proceso de desarrollo social y de mejora de la convivencia local.

La intervención comunitaria intercultural ha implicado un proceso de transformación en las comunidades locales, facilitando un tipo de relaciones antes inexistentes entre los protagonistas. Ese proceso ha generado **conexiones y espacios de relación** cuya primera consecuencia ha sido el fortalecimiento de las capacidades y las oportunidades de las comunidades locales

para enfrentarse a los retos derivados de la crisis económica y de la diversidad social y cultural que las conforman.

El proceso comunitario intercultural también ha facilitado la comunicación, el diálogo, la colaboración y la interacción positiva entre vecinos y vecinas de diferentes procedencias –población extranjera, población gitana, población autóctona–, mejorando las relaciones, previniendo conflictos y promoviendo la convivencia en calles, plazas y espacios públicos.

El trabajo conjunto de tantas personas, grupos, profesionales y representantes de las diferentes administraciones está logrando una mejor adecuación de los servicios y las instituciones a las necesidades reales de la población y de su creciente diversidad social y cultural. Esto se da, en particular, en dos de los pilares básicos del bienestar social: la salud y la educación.

Quizá el logro más importante sea el salto cualitativo que se ha producido al asumirse que las respuestas a las temáticas locales deben ser integrales y compartidas entre todos los protagonistas. Naturalmente, eso no puede ocurrir siempre y en todos los temas/problemas que afectan a la vida comunitaria, pero el proceso permite que esto ocurra sobre las grandes cuestiones comunes y generales que tienen relación directa con una efectiva convivencia y cohesión social. Pensamos que no existe método más eficaz y eficiente para afrontar temáticas y resolver problemas que hunden sus raíces en múltiples causas y en la creciente diversidad, pluralidad y complejidad de las sociedades posindustriales.

Suele ser una inquietud bastante extendida entre profesionales, miembros de organizaciones sociales y representantes de las administraciones la necesidad de trabajar conjuntamente para afrontar las temáticas comunitarias en las que intervienen; sin embargo, en la práctica y en el día a día se suele carecer del tiempo, del método y de los recursos necesarios para ello. El Proyecto ICI ha contribuido a solventar dichas carencias, facilitando el enfoque conceptual, el desarrollo metodológico del trabajo y los recursos profesionales necesarios.

4. El marco global del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural

El Proyecto ICI ha actuado como impulsor de procesos colectivos y compartidos de transformación del contexto social e institucional para adecuarlo a los retos de la diversidad y a las nuevas necesidades sociales.

Posee un método claramente definido, una hoja de ruta, flexible y adaptable, que ha guiado todo el proceso en sus diferentes fases, acompañada de una serie de elementos que han servido para impulsar, visibilizar y afianzar los avances del mismo.

El proceso de intervención comunitaria intercultural ha avanzado desde el primer momento en el establecimiento de **relaciones colaborativas** con y entre recursos técnico-profesionales, ciudadanía y representantes de las administraciones, para posteriormente afianzar las mismas a través de la generación de **conocimientos compartidos** de la realidad local y el desarrollo de **acciones conjuntas** entre los tres protagonistas.

Se han generado así **espacios de relación** que han posibilitado la articulación de un nuevo tipo de **organización** de la comunidad local. Se han realizado **investigaciones participativas** cuyos resultados han favorecido la emergencia de un **conocimiento compartido** y la elaboración de **diagnósticos comunitarios**. Se han diseñado planes de acción, partiendo del diagnóstico, a los que hemos denominado **programación comunitaria**, para dar respuesta a las temáticas comunitarias y a los principales problemas y retos que las comunidades locales están afrontando, contribuyendo de este modo a nuevos planteamientos y a una más adecuada articulación de las políticas sociales en el territorio.

Todo ese proceso ha sido apoyado por acciones de información y de comunicación y por la organización de **encuentros comunitarios** donde se han evidenciado los aportes de los diferentes protagonistas y se han compartido los avances realizados. En este mismo sentido, se han promovido actividades de interés general que han posibilitado ir construyendo una cultura de colaboración entre los tres protagonistas, como la organización y realización de **acciones globales ciudadanas**, de **escuelas abiertas de verano**, de actividades de **aprendizaje y servicio**, de **agentes promotores de salud**, jornadas de **dinamización comercial**, celebración de **diálogos públicos**, configuración de **territorios socialmente responsables**, etc.

La educación y la salud, por su importancia crucial en el bienestar de la población, han constituido dos ámbitos idóneos para favorecer la confluencia de intereses y de iniciativas conjuntas. Desde estos ámbitos específicos de trabajo, se ha contribuido enormemente al proceso global de fortalecimiento comunitario.

A través de acciones preventivas y de promoción de la salud, como los agentes promotores de salud, o de programas de servicio y aprendizaje, en el ámbito de la educación, por citar un par de ejemplos, no solo se ha conseguido articular la colaboración entre instituciones, profesio-

nales y ciudadanía, sino que se ha logrado implicar a familias, jóvenes y niños y niñas, los tres colectivos prioritarios de actuación del Proyecto ICI.

La visión global del proceso y la articulación entre sí de las diferentes iniciativas y acciones emprendidas dentro del mismo se han conseguido gracias a la existencia de **equipos comunitarios**, en cada territorio, que han conectado entre sí a los tres protagonistas y a sus respectivos espacios de relación –**espacio técnico de relación, espacio de relación institucional, espacio de relación y participación ciudadana**.

Los equipos comunitarios han actuado como dinamizadores y facilitadores de todo el proceso, dotando de coherencia al conjunto. En un primer momento los profesionales de los equipos comunitarios han sido aportados por el Proyecto ICI a través de las entidades sociales colaboradoras, para posteriormente ir incorporando profesionales pertenecientes a los diversos recursos y servicios públicos y privados de los territorios.

El proceso comunitario intercultural posee también una **dimensión mediadora** que ha contribuido a promover la convivencia y la cohesión social en los territorios. Son varios los aspectos sociales que se ha contribuido a mejorar, como la revalorización de los diferentes colectivos sociales y culturales o la transformación de las relaciones sociales, favoreciendo el diálogo, la interacción positiva y el reconocimiento igualitario de todas las partes. No obstante, ha sido la promoción de un nuevo contexto social, gracias a la adaptación mutua entre personas y colectivos diversos y a la adecuación de las instituciones a esa realidad, el mayor logro mediador que está propiciando el proceso comunitario intercultural. Un logro sobre el que se está cimentando una cultura de prevención, regulación y resolución pacífica del conflicto y de convivencia ciudadana intercultural.

5. Una breve guía de lectura o consulta de los cinco volúmenes de la colección **Juntos por la Convivencia**

Es conveniente no tomar de forma aislada cada uno de los volúmenes integrantes de la colección. Lo ideal sería leerlos según el orden que tienen, comenzando por el número 1, después el número 2 y así sucesivamente. No en vano, sus contenidos se han articulado de lo más global a lo más específico. En el caso de no ser posible la lectura secuencial de los cinco volúmenes y de que se aborde la lectura de un solo volumen, siempre existe la posibilidad de consultar los otros volúmenes para profundizar en aspectos que no se desarrollen en el mismo. Este tema tiene particular importancia en relación con los números 1 y 2.

Dentro de esta colección el presente volumen centrado en la salud, aporta el enfoque de intervención comunitaria intercultural desde el ámbito de la salud y los elementos prácticos que lo han hecho posible.

Mientras que el resto de los volúmenes, para orientar su consulta, se han centrado en:

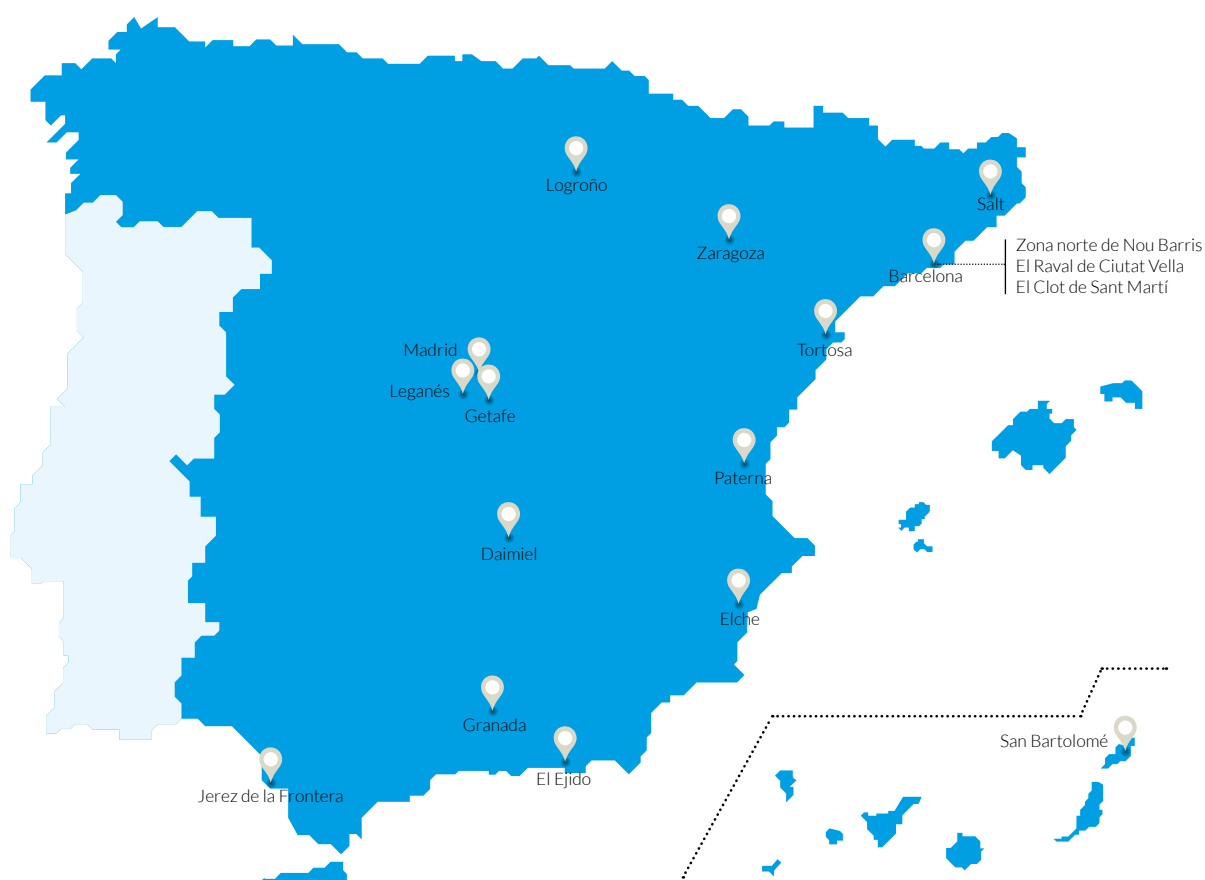
- La convivencia y la cohesión social: aporta el enfoque de intervención y los elementos teóricos que ayudan a interpretar adecuadamente las finalidades perseguidas y los resultados e impactos esperados.
- La metodología: aporta los elementos metodológicos, procedimentales y operativos que han permitido poner en práctica el enfoque de intervención y dar coherencia a los medios utilizados.
- La educación: aporta el enfoque de intervención comunitaria intercultural desde el ámbito educativo y los elementos prácticos que lo han hecho posible.
- La participación: aporta el enfoque de intervención comunitaria intercultural desde el ámbito de las relaciones y la participación ciudadana y su aplicación práctica.

No obstante, en caso de que resultara imposible en el momento de la lectura de alguno de los volúmenes consultar el resto, esta introducción común a los cinco volúmenes ayudará al lector a obtener una comprensión básica y global del Proyecto ICI, facilitando enmarcar el volumen en el que esté centrando su atención dentro del conjunto.

6. Territorios de actuación 2010-2013

- **Barcelona (Nou Barris / Torre Baró, Ciutat Meridiana y Vallbona)** · Associació Socio-cultural El Torrent
- **Barcelona (Ciutat Vella / El Raval)** · Fundació Tot Raval
- **Barcelona (Sant Martí / El Clot)** · Surt, Fundació de Dones
- **Daimiel** · Fundación Cepaim Acción Integral con Migrantes
- **Elche (Carrús)** · Fundación Elche Acoge
- **El Ejido (Las Norias de Daza)** · Cooperación y Desarrollo en el Norte de África, CODENAF
- **Getafe (Las Margaritas)** · Comisión Española de Ayuda al Refugiado, CEAR
- **Granada (Distrito Norte)** · Asociación Gitana Anaquerando
- **Jerez de la Frontera (Zona Sur)** · Centro de Acogida de Inmigrantes, CEAIN
- **Leganés (Centro, San Nicasio y Batallas)** · Fundación Universidad Autónoma de Madrid, FUAM
- **Logroño (San José y Madre de Dios)** · Fundación Rioja Acoge
- **Madrid (Ciudad Lineal / Pueblo Nuevo)** · Asociación La Rueca

- **Paterna (La Coma)** · Fundación Secretariado Gitano
- **Salt** · Casal dels Infants
- **San Bartolomé (Playa Honda)** · Fundación Canaria El Patio y Asociación de Mujeres Tiemar
- **Tortosa** · Associació per la Cooperació, la Inserció Social i la Interculturalitat, ACISI
- **Zaragoza (Casco Histórico)** · Fundación Federico Ozanam



1

¿Cuál es el planteamiento en salud comunitaria intercultural?

11

¿Cómo se ha definido la salud comunitaria intercultural en el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural?

En el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (Proyecto ICI) entendemos la salud comunitaria como una construcción social e histórica que adquiere diferentes significados y sentidos según las épocas, los contextos socioculturales a los que nos refiramos y los agentes que toman la palabra. En este sentido, para abordar la salud comunitaria intercultural ha sido preciso tener una mirada abierta a la complejidad y contemplar estas diferentes construcciones que los individuos, grupos, familias, instituciones y actores que integran cada territorio tienen en torno a la salud, enfermedad y atención, para poder entender las relaciones y confrontaciones entre los diferentes sistemas médicos¹ y etnomedicinas; en otras palabras, para poder aproximar y enriquecer las diferentes formas de entender y atender la salud y la enfermedad desde los diferentes actores y en los diferentes contextos socioculturales².

Por otro lado, la salud y la enfermedad son conceptos muy ligados a las diferentes culturas y las subculturas particulares –de género, clase social, edad, etc.–, las cuales influyen y conforman el modo en que las personas experimentan estos estados, dando forma a las percepciones, síntomas y representaciones sociales, donde el cuerpo es solo uno de los aspectos. La incidencia de enfermedades concretas varía entre diferentes comunidades y al interno de estas, entre los grupos humanos, los cuales interpretan y tratan las dolencias de diferentes formas de acuerdo con los contextos socioculturales de pertenencia y sus condiciones de vida. En este sentido, las diferentes concepciones que tengan sobre la salud y los padecimientos se traducen en comportamientos: estrategias de prevención, autocuidado, búsqueda de atención y seguimiento de terapéuticas que son acordes con dichas concepciones. Las normas sobre cuerpos sanos y enfermos son, por lo tanto, construcciones socioculturales que varían en el tiempo y en el espacio.

1 Según E. MENÉNDEZ, se trata del conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados. También identifica al conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención. Es, en este sentido, un sistema cultural y un sistema social.

2 Siguiendo a Menéndez, la biomedicina por medio de los procesos de control, institucionalización y medicalización se ha convertido en un saber hegemónico, en el que prima la práctica curativa y la práctica médica.

En el marco del Proyecto ICI, teniendo en cuenta la complejidad y heterogeneidad de concepciones respecto a la salud y enfermedad existentes desde un punto de vista social, se entiende la salud comunitaria intercultural desde su enfoque integral, es decir, como:

Un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida en sí. Un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales, sociales y culturales además de en las capacidades físicas, no siendo la salud un estado abstracto, sino un medio para un fin que puede ser expresado de manera funcional como un recurso que permite a las personas llevar una vida individualmente, socialmente y económicamente productiva (OMS, Carta de Ottawa, 1986).

La salud se manifiesta en dos dimensiones inseparables:

- Las condiciones materiales y sociales en que se da el proceso vital, lo que supone considerar la influencia de los llamados determinantes sociales en la salud (DSS), es decir, el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan y determinan el estado de salud y el bienestar individual y colectivo de una comunidad –dimensión objetiva del proceso salud-enfermedad.
- La forma como los conjuntos sociales interpretan y valoran estas condiciones –dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad–, acorde con las condiciones mencionadas.

Para el desarrollo de lo que entendemos por la dimensión integral de la salud comunitaria intercultural, en concordancia con los movimientos iniciados a mediados del siglo pasado en diferentes países y por parte de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que mostraron la necesidad de trascender el binomio salud-enfermedad, nos situamos en la perspectiva criticosocial y ecológica, que contempla, asimismo, la salud como un derecho y un bien público y colectivo a preservar por gobiernos, instituciones y ciudadanía.

12

¿A qué necesidades pretende dar respuesta la salud comunitaria? ¿En qué fundamentos se asienta?

La salud comunitaria hace referencia al movimiento ideológico iniciado en Europa y Estados Unidos a mediados del siglo pasado, y que tuvo en la práctica un desarrollo diferencial según

los países. Este movimiento surge como respuesta a:

- *El reconocimiento de la existencia de problemas de salud colectivos* que no pueden ser abordados desde la óptica individual, biologicista y exclusivamente curativa. Por ejemplo, la obesidad en la infancia y su relación con el cambio de ritmos, roles y dieta familiar.
- *El cambio en el perfil epidemiológico de las sociedades avanzadas* con el paso a un primer plano de las enfermedades cronicodegenerativas, los tumores, los accidentes, las violencias; problemáticas multicausales, ligadas a los «estilos de vida».
- *El reconocimiento de la importancia del apoyo social y las redes comunitarias* para la salud y el afrontamiento de las enfermedades. La vulnerabilidad social y psicológica constituyen elementos centrales para comprender la causalidad de determinadas enfermedades; así lo evidencia la situación de salud de la población residente en asentamientos marginales, guetos o barrios deteriorados.
- *La crisis económica y la ineficacia del sistema asistencial basado en la atención especializada, asistencialista y curativa y en la medicalización.* Por ejemplo, la infravaloración del relato del paciente frente a las pruebas diagnósticas, lo que limita la capacidad de valorar la salud de manera integral, de relacionar los síntomas con el contexto y condiciones de vida, a fin de encontrar sentido al malestar.

Los fundamentos en los que se basa la salud comunitaria son los siguientes:

- *La atención integral* –concepto holístico–, próxima y continuada y con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- *Los métodos e instrumentos para la planificación con punto de partida en el diagnóstico de salud comunitario participativo*, y en la evaluación de las necesidades de salud expresadas por la población. La participación de la población en la definición del estado de salud como indispensable.
- *El trabajo en equipo multidisciplinar e intersectorial.* Se trata de coordinar el centro de salud, el hospital y la residencia de ancianos, así como el resto de las instituciones comunitarias, escuela, asociaciones y ONG, cuyos modelos conceptuales y prácticas contribuyen a enriquecer la visión sobre la salud.
- *La descentralización de los recursos* materiales y humanos y *la coordinación e integración funcional* de los diferentes niveles del sistema de salud.
- *La adecuación entre las necesidades de salud –sentidas– y los recursos disponibles.*

13

¿Qué aporta la salud comunitaria intercultural a la mejora de la convivencia ciudadana?

Las relaciones sociales y la convivencia, cuando alcanzan equilibrio y armonía, constituyen una fuente de bienestar y enriquecimiento mutuo, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida.

El ámbito de la salud tiene un enorme interés y potencialidad para la implementación del Proyecto ICI. Por un lado, la salud ha constituido y constituye una de las preocupaciones primordiales de todo conjunto humano; gozar de una buena salud es la base de la vida, del crecimiento tanto personal como social; permite poder disfrutar del cuerpo, del entorno y de las relaciones. Por su lado, como se ha señalado, las relaciones sociales, las redes de apoyo efectivas, la cohesión social, los vínculos afectivos entre las personas y grupos que conviven en un territorio son elementos clave para una vida saludable.

El planteamiento de la salud comunitaria intercultural en el Proyecto ICI se ha sustentado en la base, documentada a través de estudios e investigaciones, de que convivencia y salud están íntimamente relacionadas. Diferentes autores han profundizado sobre el tema demostrando que una sociedad más cohesionada, democrática y equitativa está en mejor disposición de afrontar las dificultades y adversidades que afectan a la salud colectiva, especialmente en situaciones de crisis socioeconómica, como la actual.

Asimismo, se ha considerado la salud colectiva como un capital social que se alimenta y acrecienta con el fomento de relaciones de respeto entre las personas que componen una comunidad, con la creación de vínculos afectivos y sentimiento de pertenencia, con la existencia de redes de apoyo efectivas y el desarrollo de capacidades para prevenir y/o afrontar las situaciones de conflicto consustanciales a la convivencia humana mediante el diálogo.

En este sentido, la construcción de procesos comunitarios basados en el trabajo conjunto de los diferentes actores presentes en un territorio para la mejora de la convivencia y el incremento de vínculos positivos de reconocimiento, aceptación, respeto y apoyo, ha supuesto avances importantes para la mejora de la salud colectiva. Por su lado, la salud colectiva ha demostrado ser un centro de interés y una meta común de los diferentes agentes que conviven en un territorio, favoreciendo la acción conjunta, la participación y la cohesión social.

14

¿Qué implica la acción comunitaria para la salud desde la perspectiva intercultural?

Desde la salud comunitaria intercultural en el Proyecto ICI, se asume que **uno de los pilares de la convivencia**, desde el modelo intercultural, **es la adaptación mutua entre los sujetos involucrados**.

Así, respecto a la incorporación de las personas inmigrantes al sistema sanitario, se entiende que deben esforzarse en conocer el sistema sanitario, cumplir sus normas y acceder por las vías normalizadas. Así mismo, el propio sistema debe readaptarse ante el fenómeno, flexibilizando sus servicios, formando a sus profesionales en competencias culturales y realizando cambios en su organización a fin de garantizar y consolidar la universalidad, equidad e igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario para toda la población. Por ello, se ha considerado fundamental en el Proyecto ICI desarrollar y potenciar espacios de relación y participación estables entre las instituciones sanitarias y los distintos agentes sociales presentes en el territorio, a fin de adaptar las estrategias de atención a las necesidades de salud.

El sistema de salud ha tenido que afrontar importantes procesos de adaptación en los últimos años derivados de los cambios sociodemográficos, económicos, culturales, etc., que se han producido en el país. Quizás los más relevantes son aquellos relacionados con el paulatino envejecimiento de la población, los que se han producido en las estructuras familiares –dinámicas, composición y funciones– y, especialmente, los derivados de los procesos migratorios. Las personas que proceden de contextos socioculturales diversos y con estructuras sanitarias diferentes se ven enfrentadas especialmente durante los primeros años de estancia, con normas de convivencia, uso y organización de unos servicios sanitarios de distinta naturaleza a los propios. La resocialización en dichas normas y modos de funcionamiento requiere tiempo, ya que supone la modificación de pautas aprendidas muy estructuradas.

Todos estos procesos de cambio en el sistema sanitario han demandado modificaciones organizativas, funcionales y de dotación de recursos en determinados servicios –geriatría, pediatría, ginecología, etc.–, así como la capacitación de los profesionales de la salud para la mejor comprensión de las nuevas situaciones y relaciones que se establecen con estos nuevos usuarios y la mejora de sus competencias en la gestión de la diversidad.

Desde el Proyecto ICI entendemos que la construcción de una sociedad plural e inclusiva debe fundamentarse en la garantía de los derechos de las personas –económicos, sociales, civiles y políticos–, así como en el desarrollo complementario de las políticas sociales correspondientes.

La integración de los inmigrantes se ha desarrollado desde las administraciones a diferentes niveles, ya sea directamente a través de la asistencia sociosanitaria o la educación, o bien por medio de subvenciones para el desarrollo de programas de integración sociolaboral. Sin embargo, la falta de un marco legal que desarrolle una política nacional, más allá de lo que han sido los planes estratégicos, ha derivado en ocasiones en una falta de coordinación entre las diferentes administraciones y confusión e incluso conflictos competenciales.

El Proyecto ICI se presenta como una oportunidad para fortalecer, impulsar y operativizar el desarrollo de los principios reconocidos en los marcos legislativos y en los planes y programas mencionados, en la medida en que tiende a crear puentes, sinergias y espacios de encuentro, que permitan el trabajo conjunto y una mejor colaboración entre responsables y actores implicados en la acción local.

En el transcurso de la primera etapa del Proyecto ICI, el contexto de partida relativo a los derechos a la salud y la atención cambió. La crisis económica, el cambio en los movimientos migratorios relacionados con la misma, pero, especialmente, la reforma sanitaria introducida por el Real Decreto-Ley 16/2012 supondrá la ruptura del sistema universal, que ha constituido uno de los pilares del estado de bienestar en España. Ello, como veremos, supondrá repercusiones en el avance de los procesos de intervención en los territorios, planteando nuevos retos y desafíos para la convivencia y cohesión social.

La acción comunitaria para la salud desde la perspectiva ciudadana intercultural, de acuerdo con lo planteado, **se ha entendido como:**

La contribución y el esfuerzo coordinado de recursos, instituciones y agentes sociales, aplicando métodos y estrategias orientados a incrementar el control de la comunidad sobre sus determinantes de salud, con el fin de mejorar las oportunidades de alcanzar el mayor nivel de salud posible, de manera participativa, equitativa y teniendo en cuenta la diversidad.

Consecuentes con estos planteamientos, desde el Proyecto ICI se ha abogado por hacer efectivo en la práctica el lema planteado desde organismos como la Unión Europea y la OMS: «la salud en todas las políticas», dado que las decisiones que influyen en la salud de las personas no solo conciernen a los servicios sanitarios, sino a muchos otros ámbitos de la política.

En línea con este principio, también se consideró fundamental incorporar la promoción de la salud como un eje estratégico, entendiendo esta como el conjunto de acciones que las administraciones, técnicos y ciudadanía de un territorio realizan para abordar el conjunto de determinantes sociales de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.

En el Proyecto ICI, se entiende que la **promoción de la salud es un proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen el control sobre dichos determinantes de la salud**. Abarca tanto las acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades de los individuos y grupos como las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, a fin de mitigar su impacto en la salud pública. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

En este sentido, en los diferentes territorios de intervención, se han apoyado y desarrollado procesos y estrategias saludables globales, como por ejemplo:

- *En el ámbito educativo*: inclusión de estrategias promotoras de salud que trasciendan los diferentes niveles de la comunidad educativa –consejo escolar, proyecto educativo de centro, claustro, AMPA, recursos sanitarios, sociales, culturales y deportivos, etc.–, como las dirigidas a la conservación del medio ambiente, la naturaleza y/o la salubridad del medio escolar, la promoción de hábitos saludables –alimentación, descanso, deporte–, la mejora de las relaciones en el medio escolar y la educación en valores –autoestima, capacidad para resolver conflictos, solidaridad o respeto a la diversidad.
- *En el ámbito comunitario*: inclusión de estrategias, medidas y recursos dirigidos a la mejora y conservación del medio ambiente, consecución de territorios más responsables con la salud colectiva, práctica de hábitos de vida más saludables, eliminación de las barreras que limitan las relaciones, la convivencia, así como acceso a los servicios.
- *El aprovechamiento de políticas, normativas, planes y estrategias dirigidas a hacer efectiva la equidad* –Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley Orgánica de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, Ley de Barrios de Cataluña, Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración, planes de convivencia e integración, Estrategia de Ciudades Saludables de la OMS, etc.

Para ello se ha propiciado una colaboración intersectorial intensiva entre los diferentes organismos y sectores implicados –ayuntamientos, concejalías de salud, urbanismo, educación, cultura, instituciones escolares (claustro de profesores, AMPA), instituciones sani-

tarias (centros de salud, red de salud mental, hospitales o servicios de salud pública), servicios sociales (centros de día), asociaciones y entidades ciudadanas (ONG, grupos de ayuda mutua), etc., abogando a favor de las áreas de acción prioritarias reconocidas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud:

- *El establecimiento de una política pública saludable* mediante el impulso de las líneas de acción establecidas en los planes y programas de salud en cada territorio.
- *La creación de entornos que apoyen la salud*, impulsando experiencias basadas en el modelo de escuelas promotoras de la salud, las ciudades o los territorios socialmente responsables, el desarrollo de la figura de agentes promotores de la salud y las experiencias basadas en el modelo de aprendizaje y servicio, etc.
- *El fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud*, a través de la creación o refuerzo de las redes de apoyo comunitario para el abordaje de necesidades o problemas, como la salud mental comunitaria o el apoyo a las personas dependientes, etc.
- *El desarrollo de las habilidades personales y colectivas*, propiciando experiencias de *empoderamiento*³ y agencia a escala comunitaria en grupos en situación de mayor dificultad o aislamiento –mayores, jóvenes, mujeres, etc.
- *La reorientación de los servicios sanitarios*, apoyando la labor de los equipos sanitarios y profesionales de la salud, mediando entre estos y determinados grupos de la comunidad con dificultades, barreras de acceso o comunicación y entendimiento por diferencias lingüísticas o culturales.

En el Proyecto ICI, se asume que los determinantes sociales de la salud tienen una distribución desigual en la población, habiéndose incrementado en los últimos años la brecha social y las desigualdades sociales en salud. Vivir en condiciones precarias se asocia a un peor estado de salud y a una menor esperanza de vida. Esta situación parece más fácil de entender al pensar en personas o grupos con carencia de recursos; sin embargo, la asociación de los determinantes sociales con la salud ocurre a lo largo de toda la escala social, no solo en aquellos que cuentan con menos recursos.

Así mismo, se ha considerado fundamental desde el ámbito de la salud comunitaria intercultural **incorporar en la práctica el enfoque de equidad**. Este concepto se recoge en los principios de la Ley General de Sanidad del 1986, y significa que todas las personas tengan una opor-

3 En el glosario de términos de promoción de la salud de la OMS, se define el «empoderamiento para la salud» como un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El término no ha estado exento de polémicas y controversias entre autores, tradiciones disciplinares y posicionamientos ideológicos, tanto en su acepción teórica como en sus implicaciones prácticas. En el Proyecto ICI, cuando utilizamos el término en el ámbito de la salud, nos estamos refiriendo a la capacidad de los sujetos, grupos e instituciones que constituyen una comunidad para identificar, analizar, cuestionar y abordar los factores estructurales sociales, económicos y políticos que están en la base de las desigualdades en la distribución de poder en las relaciones sociales y que impactan en su salud colectiva.

tunidad justa para lograr desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, es decir, que ninguna persona debería encontrarse en desventaja para desarrollar dicho potencial.

En el ámbito de las políticas públicas, supone tratar a las personas de manera diferente para que al final todos puedan disfrutar de los mismos derechos, implicando también que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Dado que, como hemos visto, los factores que afectan a la salud son múltiples –educación, trabajo, condiciones de vida, etc.–, la equidad en salud debe ser entendida en sentido amplio, no solo como el derecho a la atención en salud de toda la población.

En el Proyecto ICI, trasladar a la práctica este enfoque de equidad ha conllevado la potenciación de espacios y procesos para asegurar que las personas que habitan el territorio puedan tener voz y participar en la identificación de necesidades y problemas, en el planteamiento de alternativas sobre los aspectos prioritarios que les preocupan y en la distribución de los recursos que influyen sobre su calidad de vida y salud, lo que ha redundado en la mejora de la convivencia y la cohesión social en los territorios.

En el marco del Proyecto ICI, la intervención desde el ámbito de la salud se ha planteado de forma amplia y transversal, entendiendo que las diferentes administraciones, no solo sanitarias, y especialmente los ayuntamientos, tienen una importante capacidad de influencia sobre los determinantes sociales de la salud, a través del desarrollo de políticas locales intersectoriales, impulsadas desde sus diferentes concejalías –desarrollo de planes urbanísticos que priman los barrios más deprimidos, mejora del transporte y de las viviendas, dotación y ubicación de centros educativos, deportivos, sanitarios y culturales, permitiendo el acceso equitativo para todas las personas que habitan en el barrio–. Por ello se han desplegado procesos tendentes a alcanzar una colaboración intersectorial intensiva entre los diferentes organismos y sectores implicados –concejalías de salud, urbanismo, educación, cultura, instituciones escolares (claustro de profesores, AMPA), instituciones sanitarias (centros de salud, red de salud mental, hospitales o servicios de salud pública), asociaciones y entidades ciudadanas (ONG, grupos de ayuda mutua), etc.

15

¿Qué metas se plantearon en el ámbito de la salud comunitaria intercultural?

Teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la convivencia y la cohesión social identificadas en el Proyecto ICI, las metas a alcanzar desde el ámbito de la salud comunitaria referidas a dichas dimensiones se concretaron en lo siguiente:

- **Integración.** Mejorar el conocimiento que tienen los habitantes del territorio sobre los derechos y deberes en relación con la atención sanitaria, identificando aquellos sectores con dificultades especiales de acceso al sistema social y sanitario, para contribuir mediante la acción coordinada a eliminar las barreras que dificultan el acceso a los recursos –adaptación de normas, horarios, accesibilidad.
- **Interculturalidad.** Adaptar las estructuras sociosanitarias a la diversidad social y cultural presente en el territorio y sus distintas necesidades –funcionamiento, organización, dotación de recursos, normativa, coordinación–, específicamente las de los grupos con dificultades de acceso y/o en situación de vulnerabilidad sociosanitaria. Mejorar las capacidades/competencias y recursos profesionales en la gestión de la diversidad cultural en lo referente a la salud.
- **Convivencia.** Aumentar el interés y concienciación de distintos sectores, agentes y grupos comunitarios de la ciudadanía por los temas de la salud colectiva del territorio, tengan que ver con el grupo que sea. Fomentar el encuentro y establecimiento de relaciones entre distintos grupos y colectivos para el abordaje de problemas o cuestiones de salud. Propiciar su implicación y participación –identificación, análisis, establecimiento de soluciones– en la propuesta y desarrollo de las acciones colectivas para la mejora de la calidad de vida del territorio.
- **Ciudadanía.** Contribuir al reconocimiento y abogacía de aquellos grupos, minorías, colectivos que se encuentran en desventaja social o sanitaria por su diferencia física, social, económica o cultural a fin de que tengan oportunidades de disfrutar de la atención en las mismas condiciones. Aumentar la corresponsabilidad de los ciudadanos y ciudadanas respecto a la importancia de contribuir al mantenimiento y mejora de los servicios públicos como garantía del ejercicio del derecho a la salud y educación.
- **Fortalecimiento comunitario.** Reforzar el tejido asociativo –nacimiento de nuevos grupos o asociaciones cuyo foco de interés es la mejora de la salud colectiva desde la perspecti-

va comunitaria intercultural–. Potenciar la función y tarea de los grupos y asociaciones existentes orientados a la mejora de la calidad de vida y enriquecimiento de su potencial con la incorporación de la perspectiva comunitaria intercultural. Incrementar la participación de la ciudadanía en los espacios de encuentro destinados al abordaje de cuestiones relacionadas con la salud comunitaria.

El fortalecimiento comunitario se produce al comprender la comunidad en conjunto. Esto es el territorio como unidad de intervención en que tienen un papel primordial las administraciones, los profesionales y la población. De este modo, la intervención comunitaria en salud fortalece la comunidad en la medida que potencia las relaciones entre la población y los profesionales, facilita la comprensión del estado de salud y potencia actuaciones de promoción de la salud.

16

¿Qué implica trabajar desde una perspectiva comunitaria en el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural?

En el ámbito de la salud **supone considerar 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 económico, educativo, sanitario, etc.

Estos fenómenos emergentes se van a manifestar con distintas apariencias en los diferentes ámbitos⁴: individual, grupal, institucional, comunitario. Por ello es importante conocer los aportes teóricos correspondientes a cada uno de esos ámbitos y considerar su especificidad en las acciones que se programen, a fin de trabajar de forma integral y poder realizar la lectura de los problemas bajo la óptica de la especificidad de la dinámica de esa comunidad en un momento dado y con una historia.

4 La teoría de los ámbitos de Bleger, desde la psicología social, contempla el ser humano como totalidad en situaciones concretas y en sus vínculos interpersonales –presentes y pasados–, y entiende el ámbito como la amplitud de sucesos o vínculos humanos (BLEGER, J. (1976). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós, p. 60)

Los ámbitos enunciados, siguiendo el planteamiento de Bleger, son los siguientes:

- a. *Ámbito psicosocial* (individuos): hace referencia a la expresión individual de los procesos de salud-enfermedad, pero considerando todos sus vínculos o relaciones interpersonales.
- b. *Ámbito sociodinámico* (grupos): toma al grupo como una unidad de análisis; la familia como grupo primario, el grupo de iguales, los grupos formales e informales, así como los diferentes significados que adquiere la salud-enfermedad en su seno.
- c. *Ámbito institucional* (instituciones): abarca la relación de los grupos entre sí y entre las instituciones que los rigen –la escuela, el hospital y el centro de salud, el trabajo, etc.–, y las diferentes formas en que se representan y abordan los procesos de salud, enfermedad y atención en dichas instituciones.
- d. *Ámbito comunitario* (comunidad): incluye lo colectivo-social. Este ámbito, que es el que más abarca, incluye a los anteriores, por lo que desde el Proyecto ICI entendemos que para abordar la salud desde una orientación comunitaria hay que trabajar desde dichas distintas perspectivas: con los sujetos, sus familias y redes de relación, con los grupos y asociaciones tanto formales como informales, y con las instituciones y los técnicos que desempeñan su labor en el territorio.

Las personas, grupos y familias viven en unos contextos locales en los que los determinantes sociales de la salud influyen y determinan sus condiciones de vida. La comprensión de la salud colectiva, ligada a una mirada colectiva, historiográfica y ubicada en esos contextos locales, permite identificar los retos y potencialidades de los territorios y revalorizar el papel de los diferentes actores, recursos y activos en salud con los que cuentan.

17

¿Cuál ha sido el diseño de la intervención en salud comunitaria?

La salud, como ha quedado de manifiesto, constituye un ámbito de enorme interés para la implementación del Proyecto ICI que se presenta, dado que es uno de los referentes básicos de las personas, las familias y las instituciones por sus implicaciones en el desarrollo del potencial vital, educativo, productivo, cultural y social de una comunidad. Tiene, por lo tanto, un fuerte impacto en el conjunto social y en las relaciones de convivencia, por lo que debe de ser una de las preocupaciones y prioridades de gobiernos y ciudadanos.

El Proyecto ICI parte de la base de que desde el ámbito de la salud comunitaria intercultural, de acuerdo con los principios mencionados, puede impulsarse una intervención preventiva y promocional, que favorezca la integración de las personas, contribuya a la cohesión social y, en definitiva, capacite al conjunto de la sociedad para afrontar sus problemáticas y retos en relación con la salud y la convivencia ciudadana intercultural a través de la progresiva participación en el desarrollo del espacio local compartido.

El planeamiento de la intervención parte de considerar la importancia de trabajar con el conjunto de actores del territorio de actuación, y de la existencia de igualdad de posibilidades y responsabilidades en el ejercicio de los derechos de todos y todas los habitantes en lo que respecta a la mejora de la salud colectiva.

En el Proyecto ICI, la línea de acción específica de salud comunitaria intercultural se ha desarrollado de forma paralela a la línea de acción global y a las otras dos líneas de acción específicas –socio-educativa y relaciones ciudadanas–, respondiendo a una planificación de la intervención comunitaria metodológicamente articulada durante los tres años de ejecución del Proyecto ICI, como veremos a lo largo de los siguientes epígrafes. Estos tres ámbitos de actuación han centrado el énfasis de sus acciones en el trabajo a realizar con infancia, juventud y familias, y ello por varias razones: **La infancia, la juventud y la familia** representan grupos clave de cara a la promoción y mejora de la salud colectiva; está demostrado que la inversión de esfuerzos en la mejora de la salud en estos tres colectivos constituye una firme apuesta de futuro.

La familia es el primer núcleo socializador en el que se empieza a adquirir la base de comportamientos y hábitos relacionados con la salud: higiene, alimentación, formas de comunicación y relaciones, etc.

La infancia se reconoce como una etapa clave para el aprendizaje responsable sobre el cuidado de la salud. Los estilos educativos y de vida de los padres serán clave para este aprendizaje. Una relación educativa, comunicativa, dialogante y de transmisión de valores como la salud desde la primera infancia puede tener sus frutos contribuyendo a afrontar los cambios o crisis de cada etapa con eficacia.

La meta desde el ámbito de la salud comunitaria en el Proyecto ICI ha sido la de impulsar procesos de encuentro, diálogo y colaboración entre los diferentes actores del territorio –administraciones, técnicos y ciudadanía–, tendentes a mejorar las relaciones existentes, las capacidades para identificar y analizar de forma conjunta necesidades, problemas y activos de salud del territorio, así como para proponer y desarrollar estrategias intersectoriales e integrales dirigidas a mejorar la salud colectiva.

2

¿Cómo es la intervención comunitaria intercultural desde la salud?

Una vez desarrolladas las bases conceptuales y fundamentos en los que se asienta el ámbito de la salud comunitaria intercultural, en el presente capítulo se presenta la aplicación en la práctica de dichas bases a través de las diferentes propuestas y experiencias de los territorios de intervención.

2.1

¿Cuáles han sido las premisas de partida en el ámbito de la salud comunitaria intercultural?

1. La salud en su sentido holístico e integral, entendiendo que está influenciada por múltiples determinantes –individuales, ambientales, educativos, económicos, etc.–, se concibe como un capital social y como un derecho universal a preservar e implementar desde el gobierno y las diferentes administraciones, tanto sanitarias como no sanitarias. La inclusión del enfoque de equidad, el marco de los determinantes sociales de la salud y la lucha contra las desigualdades sociales es una prioridad a escala europea y de la OMS, por lo que es clave incorporarlo en el Proyecto ICI dado su carácter y objetivos.
2. El nivel de salud de una comunidad no depende exclusivamente de la acción de las instituciones sanitarias. Las políticas implementadas desde el gobierno y las diferentes administraciones tienen impactos en la salud de la comunidad, por lo que es fundamental valorar dicho impacto y trabajar de manera integrada entre diferentes sectores por la mejora de la salud: «la salud en todas las políticas».
3. La mejora de la salud tiene que ver con la mejora de las condiciones de vida, de trabajo y del entorno, y no tanto con una atención intervencionista. De ahí la relevancia que se otorga en el Proyecto ICI a la promoción de la salud, entendida como la capacidad de los sujetos y comunidades de reconocer sus propias necesidades en salud, sus capacidades y recursos para gestionar soluciones conjuntas a los problemas.
4. La noción de «agencia» en todo colectivo humano, es decir, el reconocimiento de la potencialidad que tiene un territorio, las personas que lo habitan y las instituciones que lo conforman, para ser saludables en su organización, interacciones, relaciones de convivencia y solidaridad, riqueza cultural y tradiciones, así como para reconocer, afrontar y gestionar de manera conjunta y democrática sus problemas y conflictos.
5. La mejora de la convivencia y la gestión positiva de la diversidad y los conflictos contribuyen a aumentar la calidad de vida de las personas y grupos y, por lo tanto, a mejorar la salud

colectiva. Las instituciones sanitarias, educativas, las familias y la comunidad son agentes relevantes en la promoción de la salud, por su función educadora y socializadora.

6. La salud comunitaria intercultural implica trabajar para la adaptación mutua entre los agentes sanitarios y la ciudadanía diversa, poniendo el acento en las convergencias entre las personas, que comparten importantes aspectos relativos al desarrollo local, los derechos y la calidad de vida.
7. Las instituciones sanitarias constituyen espacios de encuentro entre profesionales y ciudadanía diversa que parten de diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad; los profesionales tienen gran potencial para promover la convivencia y la cohesión social desde el ámbito de la salud.
8. Apuesta por un modelo institucional inclusivo de gestión de la diversidad que contemple:
 - Las instituciones sanitarias –hospitales, centros de salud y dispositivos asistenciales– como potenciales espacios interculturales, donde profesionales y usuarios se encuentran en torno a un objetivo común que es la mejora de la salud colectiva, bajo principios de igualdad y equidad.
 - La representatividad de los espacios de interacción sanitaria como reflejo de la diversidad existente.
 - La asistencia sanitaria y la atención a la salud como un derecho en el que se contempla la diversidad, el derecho a la identidad individual y colectiva, el sentido de reciprocidad y la solidaridad.
9. Énfasis en la **promoción de capacidades y recursos personales, sociales y comunitarios y de entornos sociales responsables y saludables** para:
 - Romper las barreras físicas y simbólicas existentes y configurar una nueva constelación de interacciones.
 - La satisfacción de necesidades en salud expresadas por la comunidad.
 - El aprendizaje intergeneracional, la participación activa de familias, jóvenes, niños, etc.
 - La producción documental de los procesos de promoción de la salud, el abordaje de la mejora de la salud colectiva y la difusión de «buenas prácticas».
 - Un horizonte de coestión y autogestión en la práctica.

En este sentido, la intervención social planteada para el desarrollo del ámbito de la salud comunitaria en el Proyecto ICI presenta una hipótesis de partida orientada a impulsar el despliegue de acciones basadas en la promoción de la salud, esto es, en activar la capacidad de las instituciones, entidades y ciudadanía para crear una comunidad sana, enfocando la acción comunitaria en los determinantes de salud y contemplando como oportunidad y necesidad la gestión adecuada de la diversidad cultural existente, así como un uso adecuado de los recursos sanitarios.

22

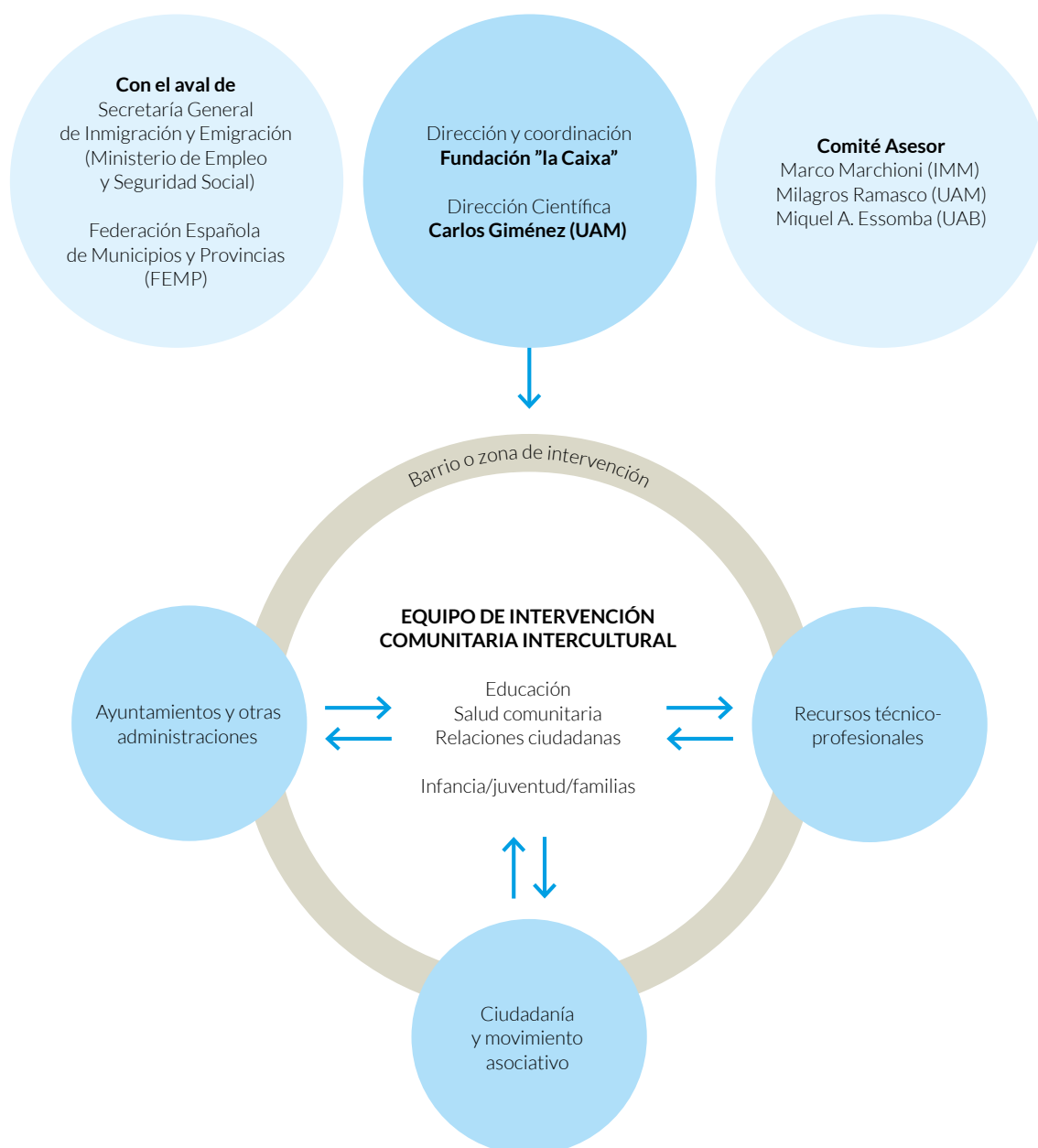
¿Cuál es la estructura del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural en el ámbito de la salud comunitaria intercultural?

La implementación del Proyecto ICI en cada uno de los 17 territorios ha corrido a cargo de un equipo de intervención que, de la mano del resto de las entidades sociales de referencia en las zonas de actuación, han generado alianzas con las administraciones locales, los profesionales de diferentes ámbitos –salud, educación, servicios sociales, etc.– y la ciudadanía, con el objetivo de impulsar procesos de desarrollo comunitario y facilitar el encuentro y el establecimiento de sinergias entre los diferentes actores del territorio, partiendo de los planes, programas o estrategias de acción ya existentes, para mejorar el conocimiento mutuo de los recursos comunitarios, el reconocimiento de la labor de los técnicos y el importante papel que desempeñan las entidades sociales y la ciudadanía en el desarrollo comunitario.

En este equipo de intervención, formado por cuatro profesionales con experiencia en el desarrollo social y la mediación, se identificó un/a responsable/referente del ámbito de la salud comunitaria, con la función de encargarse de la implementación de las acciones correspondientes a dicho ámbito. Así mismo, dentro del equipo encargado de la Dirección Científica (DECAF), también se contó con una profesional como referente del ámbito de la salud, con el encargo complementario de realizar el seguimiento, apoyo y acompañamiento técnico de determinados equipos y territorios.

Por último, para el desarrollo del ámbito se ha contado con una asesora con experiencia en salud comunitaria, salud pública, interculturalidad y mediación cuya función ha sido proponer los ejes en los que se asienta el ámbito, así como orientar teórica y metodológicamente las diferentes etapas del Proyecto ICI, valorar los avances del mismo en los diferentes territorios y apoyar la formación de los equipos de intervención comunitaria intercultural (equipos ICI) a lo largo del proceso. En esquema, el seguimiento y la supervisión del Proyecto ICI han contado con el siguiente equipo:

Gráfico nº 1. Actores implicados



2.3

¿Cuál fue el contexto de partida del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural?

2.3.1 Un modelo de acción compartido, aplicado a distintos territorios

El Proyecto ICI parte en sus inicios de un marco y modelo compartido de acción, pero que se aplica a territorios no solo con alta diversidad sociocultural sino también en territorios pertenecientes a regiones y comunidades autónomas donde se han desarrollado políticas muy diferentes, aspecto que resultaba fundamental contemplar a la hora de adaptar el Proyecto ICI a las peculiaridades e idiosincrasia de cada territorio, e identificar y aprovechar las oportunidades de desarrollo que en cada caso se presentaban.

Sabemos que el marco en que se ha desenvuelto la política de integración social en España, específicamente en el ámbito sanitario, tiene caracteres difusos, no pudiéndose identificar un modelo claro predominante ni un discurso oficial explícito, orientado hacia el multiculturalismo, el asimilacionismo o el interculturalismo. Por el contrario, se han desarrollado un conjunto de políticas de inmigración fragmentadas en un marco de competencias complejo. Así, su carácter centralizador impone constricciones al poder de las comunidades autónomas pero, al mismo tiempo, estas son las que ostentan la titularidad en la mayoría de las competencias que afectan a la integración social –servicios sociales, salud, educación, empleo y vivienda–. El ejercicio de estas funciones es compartido en ocasiones con los entes locales, dentro del marco establecido por la política migratoria del Estado, principalmente centrada en los elementos de control del flujo.

Esta heterogeneidad autonómica y territorial se muestra en las distintas formas de aplicar las políticas sociales de integración. En concordancia, pueden observarse diferencias en la situación de los inmigrantes y su proceso de integración en cada comunidad, y dentro de ellas, por ejemplo, la existencia o no de limitaciones para el empadronamiento y/o el acceso a determinadas prestaciones o recursos educativos, sanitarios o sociales. Detrás de ello se observa la diferencia de estructuras económicas y sociales, que inciden claramente en la desigual instalación de inmigrantes y en el propio proceso migratorio (Laparra y Martínez, 2008, p. 23-28).

Los procesos de transferencias de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas se efectuaron en diferentes tiempos. Así mismo, los modelos en los que se estructuraron las relaciones institucionales entre las administraciones con competencias tanto en materia de salud como de inmigración –ayuntamientos, servicios municipales, servicios sociales, servicios regionales y autonómicos de salud, servicios sanitarios, etc.– se han resuelto de diferentes formas.

En algunos casos se han establecido cauces y fórmulas para la coordinación entre los recursos municipales, regionales y autonómicos e incluso con otras administraciones relacionadas con la salud –urbanismo, medio ambiente, tráfico, educación, etc.–, estableciendo planes, programas y protocolos de salud comunes y dispositivos de coordinación. En otros casos se ha trabajado de forma aislada, independiente, con falta de coordinación y trabajo intersectorial, tanto entre recursos sanitarios y sociales como con el resto de los recursos relacionados con la salud, desarrollando las diferentes administraciones acciones paralelas.

Por su lado, para iniciar un proceso comunitario intercultural, hay que tener presentes las características sociohistóricas y territoriales, densidad, concentración o dispersión espacial, barreras, diversidad y procesos de asentamiento de los grupos presentes en el territorio, bagaje histórico y experiencial previo de los habitantes –la ciudadanía– en lo relativo a la creación y mantenimiento de redes vecinales, asociativas, dinámicas de participación comunitaria, tipo de relaciones entre las administraciones, técnicos y ciudadanía, etc. El conocimiento y análisis detallados de estos elementos resulta clave.

La puesta en marcha del Proyecto ICI en los diferentes territorios tuvo, por tanto, un comienzo marcado por la diversidad. Diversidad no solo territorial –ciudades pequeñas, intermedias o grandes, zonas rurales– sino también institucional –tipo de estructuras institucionales y políticas desarrolladas en cada localidad y existencia de planes o programas de salud, servicios sociales, inmigración, inclusión, etc., previos al Proyecto ICI con incidencia en el ámbito de la salud comunitaria, que podrían favorecer o dificultar el proceso y desarrollo del mismo–, así como en las dinámicas de relación y participación entre las instituciones, los técnicos y la ciudadanía.

A continuación mostramos algunos ejemplos de esta diversidad territorial e institucional:

— En Cataluña se contaba con la Ley de Barrios (Ley 2/2004), proyecto liderado por el Departamento de Política Territorial y Obras Públicas que comportaba el despliegue desde distintas áreas –infraestructuras, salud, educación...– de una serie de actuaciones dirigidas a reducir

el riesgo de exclusión social de los habitantes de barrios marginales o en situación de especial vulnerabilidad. El Departamento de Salud venía apoyando, a través del Plan de Salud de Barrios, el desarrollo de programas de salud comunitaria dirigidos a las necesidades específicas de cada barrio. Esta base resultaba fundamental para incardinar las acciones del ámbito en los cinco territorios ubicados en dicha comunidad autónoma.

- En Andalucía, la Consejería de Salud, a partir del Plan Andaluz de Salud, contemplaba una estrategia de descentralización a fin de que los programas de promoción y prevención de la salud pública se acercasen hasta el ámbito más cercano a los ciudadanos. Es decir, en el ámbito local, estaba desarrollando el Proyecto para el Desarrollo de la Red Local de Salud (RELAS), proyecto de cooperación con las entidades locales para elaborar planes locales de salud mediante acciones intersectoriales y participadas, con funcionamiento en red, bajo el liderazgo de los gobiernos locales. En el caso de Jerez, la existencia de este proyecto favoreció una serie de sinergias y oportunidades que fueron consolidándose en el transcurso de los tres años.
- En la Comunidad de Madrid, las relaciones entre Ayuntamiento, Servicio Madrileño de Salud y Servicios de Promoción y Prevención de la Salud variaban del municipio de Madrid al resto de los municipios, pudiéndose calificar en algunos casos de deficitarias e incluso inexistentes, lo que propiciaba el desarrollo de planes y programas de manera paralela o la existencia de duplicidades y/o vacíos, por falta de coordinación entre dichas administraciones.

Otro aspecto interesante a resaltar fue la diversidad en cuanto a la composición y formación de los propios equipos ICI, encargados de poner en marcha el Proyecto ICI y su conocimiento y experiencia previa en el ámbito de la salud comunitaria. Para la mayoría de los equipos ICI el ámbito resultaba novedoso, salvo en algún caso en que se contaba con experiencia previa. En compensación, los integrantes de los equipos partían de una dilatada experiencia en el terreno de la animación sociocultural, la intervención social y la mediación, lo que resultó a la larga un aspecto enriquecedor para el desarrollo del ámbito con propuestas interesantes e innovadoras, como veremos más adelante.

2.3.2 Centralidad del ayuntamiento en el ámbito de la salud comunitaria intercultural

La proximidad de la Administración Local a la ciudadanía y a sus organizaciones le facilita tener un conocimiento más inmediato y real de su problemática y le posibilita una mayor celeridad en la toma de decisiones y en la aplicación de medidas ante cualquier problema. Eso exige un nuevo

tipo de liderazgo democrático de la Administración Local y un cambio en la forma de prestar los servicios desde la intersectorialidad y contando con la participación de los agentes sociales⁵.

La Obra Social "la Caixa" firmó acuerdos con las 15 corporaciones locales en las que se ubican los Proyectos ICI –una por cada territorio de intervención, con la excepción del municipio de Barcelona, donde se trabajó en tres territorios– de cara a garantizar la plena participación de la Administración Local y una adecuada coordinación con las administraciones públicas.

Los ayuntamientos cuentan con una dilatada tradición y experiencia en el ámbito de la salud pública, dada la influencia que sus políticas tienen en los aspectos que determinan la calidad de vida y la salud de la población que habita el territorio.

Las corporaciones locales tienen competencias en materia de planificación y desarrollo urbanístico, es decir, pueden definir el modelo de ciudad o barrio, la distribución del espacio público, las plazas y los parques, la movilidad y el transporte, el tipo y calidad de las viviendas o la distribución de los recursos del barrio –colegios, escuelas infantiles, centros culturales, centros sanitarios, polideportivos, zonas comerciales– y su accesibilidad, pudiendo facilitar la eliminación de barreras, la sanidad ambiental –calidad del aire, del agua y tratamiento de residuos–, la dotación de zonas verdes, de recreo, etc.

Pero, asimismo, tienen capacidad de influencia sobre otros sectores que determinan la salud, tales como la educación –con programas de apoyo a la escuela, familias y profesorado, coordinación entre niveles de educación, fomento de la alimentación saludable, programas de alfabetización, educación de adultos y actividades culturales–, en el ámbito del trabajo y empleo –desarrollando programas de formación y fomento del empleo, estableciendo diálogo y acuerdos con empresas e industrias–, como en el sector de la restauración –menús saludables y asequibles, escuelas taller–, con patrimonio y cultura, potenciando los centros históricos –transformación y uso de edificios del patrimonio– y en deportes, en que cuenta con una red de recursos clave para el fomento del ocio saludable y la convivencia, etc.

Por todo lo señalado, vincular el Proyecto ICI y el equipo ICI al ayuntamiento resultó clave y estratégico para llevar a cabo procesos de desarrollo e intervención comunitaria intercultural en el ámbito de la salud, entendida en su sentido integral, teniendo en cuenta que uno de los ejes de partida del ámbito tiene que ver con el lema «la salud en todas las políticas» y que el ayunta-

5 LLORCA, E.; AMOR, M. T.; MERINO, B.; MÁRQUEZ, F. J.; GÓMEZ, F.; RAMÍREZ, R. (2010). «Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública». *Gaceta Sanitaria*, 24(6):435-436.

miento tiene una capacidad amplia, como se ha visto, para desplegar políticas saludables desde las diferentes concejalías.

2.3.3 Fragmentación y sectorización de la atención sanitaria

El nuevo modelo de atención primaria ha reproducido en exceso el tradicional modelo médico-asistencial, produciéndose en los últimos años una involución. En efecto, pese a los avances conseguidos en España en el sector salud, desde la puesta en marcha de la reforma sanitaria –principios de los años ochenta–, con una orientación hacia la comunidad y considerando la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad –avances y desarrollos que colocaron nuestro sistema sanitario y sus profesionales como uno de los mejores de Europa–, ha prevalecido el asistencialismo.

Actualmente el sistema sanitario y los profesionales de la salud están entrampados en una praxis asistencialista que impide el desarrollo de los principios de la acción comunitaria, la visión colectiva de los problemas de salud, el trabajo en equipo interdisciplinar y la participación de la comunidad en los planes y programas^{6,7}.

Por su lado, la diversidad cultural presente en nuestra sociedad y en el sistema sanitario demandaba adaptaciones organizativas, funcionales y en la dotación de recursos a escala local, así como la capacitación de los profesionales sanitarios en la adquisición de habilidades para la mejor comprensión de las nuevas situaciones. Adaptaciones y cambios relacionados no solo con el incremento de población inmigrante que demandaba mayor atención en áreas específicas como ginecología y pediatría, sino con las necesidades derivadas de una población autóctona cada vez más envejecida. Estas adaptaciones y cambios no se han dado en la medida y ritmo que eran demandados.

La acción comunitaria en salud es un terreno propicio para superar la tendencia a la segmentación, parcialización y especialización que caracteriza la atención sanitaria, tendencia que se ha ido incrementando en las últimas décadas, estableciendo áreas del conocimiento estancas,

⁶ Ver Documento de análisis de situación y Documento de estrategias de mejora en la atención primaria del siglo xxi: <http://www.simeg.org/AP/191006estrategiasAP.pdf>.

⁷ Informe de la Asociación para la Defensa de la Salud Pública de marzo del 2011. Fundamentos de la atención primaria y evaluación de las medidas de mejora adoptadas por las Comunidades Autónomas: <http://www.observatoriosanitariomadrid.org/informes/1973-fundamentos-de-la-atencion-primaria-y-evaluacion-de-las-medidas-de-mejora-adoptadas-por-las-comunidades-autonomas>.

con falta de interlocución y, por lo tanto, con dificultad para afrontar los actuales problemas de salud y trabajar de forma integral e integrada, específicamente en la mejora de la calidad de vida de las sociedades.

En el ámbito de la salud comunitaria, el sistema sanitario, especialmente los centros de salud y los equipos que desarrollan la atención, constituye un sustrato fundamental para la implementación de acciones dirigidas a la promoción de la salud y la mejora de la convivencia, por ello resultaba imprescindible conocer los avances, retrocesos y situación de dichos recursos para la puesta en marcha del Proyecto ICI.

Sin duda alguna, uno de los retos más apasionantes y provechosos del Proyecto ICI ha sido el de contribuir a superar una anticuada aproximación sectorial de la acción social para adentrarse en las vicisitudes de una aproximación integral que permite abordar los fenómenos relativos a la salud de forma compleja. Veamos en detalle el ideario del Proyecto ICI y los aportes del mismo en el ámbito de la salud comunitaria.

2.4

¿Qué aporta el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural en el ámbito de la salud?

El Proyecto ICI no es un proyecto más que viene a competir con otros proyectos, sino que tiene su singularidad. Veamos lo que ha aportado de específico a los tres actores –Administración, técnicos y ciudadanía– en el ámbito de la salud comunitaria intercultural.

A las diferentes administraciones del sector sociosanitario, educativo, urbanístico y medioambiental, deportivo, cultural, etc.:

- Énfasis en la convivencia ciudadana intercultural, entendiendo que es clave para la mejora de la salud colectiva.
- El compromiso de alcanzar una mayor implicación de la ciudadanía en los problemas de salud del territorio, a través de procesos participativos en la intervención comunitaria intercultural.

Cuestiones ambas que, aunque aparecen como centrales en los documentos que enmarcan la política sanitaria, no están integradas realmente en la práctica de los planes, programas, estrategias de acción y en la cartera de servicios de atención primaria, habiéndose depositado su desarrollo en entidades dispersas externas al sistema sanitario, asociaciones, ONG, grupos de ayuda mutua (GAM), fundaciones, etc.

- El equipo ICI, el cual se concibe como un recurso mediador por excelencia, entre los diferentes sectores de la Administración involucrados en la salud, claves para la mejora de la calidad de vida. Existen dificultades para el encuentro y diálogo, obstáculos administrativo-burocráticos para trabajar conjuntamente, falta de coordinación e interacción entre dichos sectores.
- El conocimiento dinámico y vivo de las características del territorio. Por su ubicación en el territorio y los contactos que pueden desplegar con diferentes actores y entidades, los equipos ICI tienen un lugar estratégico para desarrollar el Proyecto ICI, derivado del conocimiento de los diferentes grupos, de los problemas y necesidades que expresan y perciben los ciudadanos, de los recursos relacionados con la salud y de la realidad de los planes y proyectos que se llevan a cabo.

A los técnicos que trabajan en las diferentes administraciones y entidades que conforman el entramado institucional de la comunidad:

- Poner en común información, compartir conocimiento disperso y diverso. El Proyecto ICI potencia, fomenta y fortalece espacios de encuentro entre dichos profesionales para debatir sobre los problemas de salud que afronta la comunidad y la posibilidad de abordarlos desde perspectivas diferentes y complementarias.
- Establecer bases teóricas y metodológicas del trabajo con la diversidad cultural, la perspectiva intercultural y el conocimiento de la mediación como herramienta para la convivencia.
- Facilitar alianzas, hacer visible el trabajo que despliegan desde cada uno de los sectores –educación, salud, medio ambiente, etc.–. En definitiva, «sumar».

A la ciudadanía en general:

- Empoderamiento de determinados grupos o colectivos en la medida en que dispongan de información, orientación o espacios de escucha y participación.
- Visibilización de la existencia de necesidades y problemas en determinados grupos, puesta de manifiesto de situaciones de inequidad en relación con el acceso a recursos sociosanitarios.
- Potenciación de encuentros entre población, técnicos y Administración y propiciación de espacios de participación y vías y estrategias para fomentarla.
- Un lugar de mediación entre los recursos sociosanitarios y el resto de los recursos comunitarios que tienen algún tipo de implicación en temas de salud en el territorio de actuación.

En síntesis, los Proyectos ICI tienen una potencialidad relevante para impulsar y reforzar la acción intersectorial desde el marco de la salud comunitaria, entendiendo que esto se logra incorporando una visión integral de la salud y asumiendo que las acciones más impactantes pasan por incluir la salud en todas las políticas, teniendo presente el marco de los determinantes sociales en salud, a fin de avanzar hacia la equidad.

Los equipos ICI, por su lado, pueden considerarse como recursos técnicos para impulsar y fortalecer las estrategias e iniciativas en el territorio **tendientes a promocionar la salud de la población**, especialmente de aquellos grupos en situación de vulnerabilidad, exclusión o dificultad de disfrutar de las oportunidades vitales en igualdad de condiciones. Su cometido fundamental ha consistido en:

- Desarrollar estrategias, acciones e intervenciones dirigidas a incrementar la conciencia, el control y la capacidad de gestión de los tres agentes –administraciones, técnicos y ciudadanía– sobre la influencia de los determinantes sociales sobre la salud –medio ambiente, convivencia, condiciones laborales, de vivienda, alimentación, transporte, culturales, género, etc.
- Impulsar y fortalecer el trabajo intersectorial, lo que implica un conocimiento de los planes de acción y propuestas para reforzar áreas en las que se apoyan los proyectos ICI –ciudadanía, interculturalidad, relaciones comunitarias, educación, salud– mediante su inclusión en los espacios de encuentro y participación –consejos de salud, mesas de salud escolar, foros de participación, comisiones de salud, AMPA, etc.
- Favorecer la inclusión de la perspectiva de la salud comunitaria intercultural en los espacios y en las acciones en los que participan, resultando también un recurso pedagógico en la medida en que, con su praxis, muestran la posibilidad de desarrollar dicho enfoque en las acciones en salud comunitaria.

25

¿Cuáles fueron las fases del desarrollo operativo de la acción en salud comunitaria intercultural?

El desarrollo operativo de la acción en el ámbito de la salud implicó diferentes fases:

- Establecimiento del marco conceptual operativo del ámbito específico de la salud, apoyo y seguimiento en el proceso de conformación y formación de los equipos ICI, de forma complementaria al desarrollo de su acción en el territorio.
- Puesta en marcha del Proyecto ICI y despliegue de la acción de los equipos comunitarios a través de la aproximación inicial a la realidad del territorio, identificación y establecimiento de relaciones con los diferentes actores del mismo implicados en la salud y presentación del Proyecto ICI en sociedad.
- Identificación de los recursos públicos y privados existentes en los territorios relacionados con la salud, constatando la participación que tienen en la vida comunitaria e invitando a fomentar una interacción positiva.
- Establecimiento y consolidación de espacios de relación estables y de los instrumentos de información y comunicación necesarios.
- Implementación de acciones promotoras de salud, de líneas de acción en salud comunitaria enmarcadas en modelos de referencia –territorios saludables, escuelas promotoras de salud, agentes de salud de base comunitaria, acciones promotoras de salud en diferentes colectivos.
- Desarrollo de la monografía comunitaria, diagnóstico y programación. Despliegue de investigación participativa con los agentes clave del territorio.
- Desarrollo de las acciones de forma coordinada y cooperativa entre distintos recursos técnicos relacionados con el ámbito de la salud, así como con la ciudadanía en tanto que agente activo en la promoción de la salud, propiciando la participación de la diversidad presente en la comunidad.
- Consolidación de experiencias integrales, novedosas y significativas en el ámbito de la salud, acordes con las necesidades identificadas. Evaluación y difusión de los resultados de las experiencias.

Tabla n°1. Fases de desarrollo de la línea de salud comunitaria intercultural en el Proyecto ICI

Primera fase	Segunda fase	Tercera fase
— Conformación del equipo comunitario intercultural. — Aproximación a la realidad del territorio: recursos, planes, programas y líneas de acción en salud común. — Establecimiento de relaciones positivas con y entre actores del sector sociosanitario y el resto de los sectores implicados en la salud. — Recolección de datos objetivos. — Propuesta de espacios técnicos de relación estables (ETR). — Establecimiento de sistemas de información y comunicación efectivos. — Desarrollo de acciones promotoras de salud en clave de proceso. — Desarrollo de una acción global con integración de la salud comunitaria intercultural. — Propuesta de desarrollo de una escuela abierta de verano con inclusión de acciones promotoras de salud.	— Consolidación de espacios de relación (ETR) y despliegue de la investigación participativa con recolección de datos subjetivos. — Implementación del enfoque metodológico de la salud comunitaria intercultural, la medicación y el fortalecimiento local. — Identificación de necesidades, problemas de salud y activos. — Generación y consolidación de acciones promotoras de salud basadas en modelos de referencia: • Territorio saludable o socialmente responsable con la salud. • Escuela promotora de salud. • Agentes promotores de salud y/o aprendizaje y servicio en determinados colectivos.	— Validación de la monografía comunitaria. — Procesos y dinámicas. Encuentros para el establecimiento y consenso del diagnóstico y la programación comunitaria. — Desarrollo de la programación comunitaria. — Sistematización y difusión de experiencias significativas en salud comunitaria intercultural. — Tendencia a la consolidación y autogestión de estructuras comunitarias estables y sostenibles.

2.5.1 Primera fase

— Conformación de los equipos ICI y despliegue de su acción hacia el territorio
— Aproximación a la realidad del territorio
— Establecimiento de relaciones con los actores del territorio

De acuerdo con el contexto de partida planteado, el programa de trabajo desarrollado durante la primera fase del Proyecto ICI comprendió dos niveles de acción:

- a. Conformación de los equipos ICI
- b. Acciones de los equipos ICI hacia el territorio

a. Conformación de los equipos ICI

Establecimiento de un marco conceptual operativo del ámbito específico de la salud y la estructuración del trabajo de apoyo y seguimiento en el proceso de conformación y formación de los equipos ICI, de forma complementaria al desarrollo de su acción en el territorio.

Desde la psicología grupal operativa (Bleger, Pichón-Rivière, Lapassade), para que un grupo pueda operar como equipo de trabajo organizando su acción en torno a objetivos comunes es preciso un proceso que le permita poner en común y confrontar los diferentes esquemas referenciales de partida –los distintos intereses, conocimientos, experiencias y mecanismos para afrontar la nueva tarea, las formas de entender y llevar a la práctica el marco conceptual planteado–, a fin de poder conformar un ECRO común, es decir, un esquema conceptual referencial que sea operativo y que permita desempeñar su función de manera coherente a los miembros del equipo.

El ámbito de la salud comunitaria intercultural dentro del Proyecto ICI se presentaba inicialmente como un ámbito «novedoso» y en cierto sentido desconocido. Aunque la salud en principio es una cuestión de la que todo grupo puede hablar y conoce, sabemos que tiene muy diferentes sentidos, significados y representaciones para unos y otros grupos sociales y culturales.

Así, como se ha señalado, los técnicos de los equipos ICI en general partían de un conocimiento limitado acerca de las bases conceptuales y metodológicas de la salud comunitaria, en su enfoque integral, de cómo se construyó este campo de conocimiento, del funcionamiento y estructura del sistema sanitario, de los diferentes roles y funciones que desempeñan los profesionales sanitarios. Así mismo, se precisaba desarrollar habilidades para conectar y trabajar en este ámbito, en tanto que no era un campo de intervención en el que se habían venido manejando.

Se partía también de diferentes conceptualizaciones, significados y orientaciones en relación con lo que podría significar incluir la salud comunitaria intercultural en un proyecto de estas características: desde orientaciones más asistencialistas, basadas en una concepción biológica e individualista de los procesos de salud/enfermedad, hasta posiciones más holísticas e integrales que contemplaban la salud en sus dimensiones biopsicosociales, entendiendo la contribución e interrelación de dichos factores en la salud colectiva.

De acuerdo con lo planteado, parte del plan de la primera fase consistió en incorporar un marco referencial propicio y pertinente con el Proyecto ICI, a fin de que los equipos pudiesen operar en este ámbito desde su lugar de mediación, inespecífico y con la idea de generar relaciones entre los tres protagonistas –Administración, técnicos y ciudadanía– y en ámbitos diferentes e implicados en la salud –escuela, farmacia, asociación de pacientes, centro cívico, centro de salud o área de urbanismo.

Este marco conceptual de la salud comunitaria se sintetiza en el siguiente cuadro:

- Concepción integral de la salud; acepción holística (biopsicosocial). En su vertiente pública y colectiva, como espacio de intersección entre diferentes sectores, implicados en la situación de salud de un territorio, no solo el sanitario, también el económico, social, educativo, laboral, asociativo, deportivo, etc.
- Énfasis en la promoción de la salud, por ser el campo de acción más pertinente para un proyecto de estas características que pretende mejorar el estado de la convivencia y la gestión de la diversidad en un territorio. Teniendo en cuenta el punto de partida y la experiencia inicial de los equipos, la propia amplitud e inespecificidad del campo permite un despliegue amplio y diverso de propuestas y acciones comunitarias conectadas con los diferentes sectores enunciados.
- Énfasis en la noción de «agencia», en la idea de que la ciudadanía que habita en un territorio tiene capacidad para reconocer, hacerse cargo de los problemas que les preocupan y que consideran que afectan a su estado de salud y de gestionar las posibles soluciones de manera conjunta, lo que implica la necesidad de contar desde el principio con la participación de la comunidad, en el análisis y planteamiento de las estrategias de intervención.
- La salud en su vertiente positiva, no solo como un ámbito enfocado al estudio y detección de las problemáticas ligadas a la salud, sino también contemplando la potencialidad que tiene un territorio y las personas que lo habitan para ser saludables en su organización, interacciones, relaciones de convivencia y solidaridad, cohesión, riqueza cultural y tradiciones, capacidad para afrontar los problemas de manera conjunta, etc.

Establecimiento de espacios de encuentro y formación, a fin de facilitar la discusión e incorporación de los fundamentos teóricos y metodológicos en los que se asienta la línea específica de acción en salud comunitaria intercultural, en la praxis de los equipos. El proceso de información y formación de los equipos ICI se desarrolló a través de diferentes vías y formatos:

- Elaboración y entrega del documento base del Proyecto ICI: *Guía de intervención sobre el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural*.
- Estructuración de espacios de trabajo y formación con los equipos y/o coordinadores, plenarios, encuentros de coordinadores y seminarios temáticos, en los que se transmitieron y discutieron los principios fundamentales, marcos conceptuales, legislativos y metodológicos en los que se asienta esta línea de acción específica dentro del Proyecto ICI, aportando bibliografía de referencia, orientaciones para la acción según la base de experiencias y documentos de apoyo acordes con la fase del Proyecto ICI.

Las áreas temáticas abordadas en los espacios de encuentro y formación, así como en los documentos base durante la primera fase, fueron las siguientes:

- Enfoque integral de la salud y marcos legislativos en los que se asienta el derecho a la salud.
- Los determinantes sociales de la salud; modelos conceptuales. Las desigualdades sociales de la salud y el enfoque de equidad. Estrategias de salud a escala internacional y nacional para reducir las desigualdades.
- El movimiento de la salud comunitaria; bases conceptuales y metodológicas. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- El sistema de salud y la atención primaria de salud. Organización y funcionamiento.
- Aproximación a la situación de salud de la comunidad. Métodos e indicadores. Planificación y programación en salud comunitaria.
- Estructuras de participación en el ámbito de la salud comunitaria.

En la medida en que se fueron planteando y desarrollando las bases teóricas y metodológicas del ámbito de la salud comunitaria intercultural y que los equipos ICI fueron diseñando los planes de trabajo y las sucesivas programaciones, con las diferentes valoraciones de las mismas, fue tomándose conciencia de las potencialidades que se abrían para el desarrollo de dicho ámbito.

Por lo tanto, el trabajo de los equipos ICI durante la primera fase requirió el planteamiento y refuerzo sistemático de conceptos y nociones básicas de los fundamentos de la salud comunitaria intercultural para avanzar en concepciones más ligadas al modelo biomédico y asistencialista imperante y hegemónico, tanto desde el plano general como en el ámbito sanitario, hacia concepciones más holísticas e integrales, afines a las bases del Proyecto ICI.

Este proceso requirió tiempo para que dichos modelos y conceptualizaciones pudiesen ser revisados, incorporados y asimilados de manera paulatina en el corpus de los equipos, demandando espacios de formación específica.

La hipótesis que se ha confirmado en el desarrollo del trabajo de un proyecto de estas características es que, especialmente durante la primera fase del mismo, será preciso considerar el tiempo y el trabajo de formación conceptual y metodológica que los equipos ICI necesitan para incorporar y operativizar las bases de la salud comunitaria intercultural como parte de la programación.

b. Acciones de los equipos ICI hacia el territorio

La puesta en marcha del Proyecto ICI supuso también en esta fase el despliegue de la acción de los equipos a través de la aproximación inicial a la realidad del territorio, la identificación y establecimiento de relaciones con los diferentes actores sociales del mismo y la presentación del Proyecto ICI en sociedad.

El objetivo de este primer trabajo de aproximación y análisis fue establecer una panorámica general de la situación del territorio y las tendencias en los diferentes sectores que tienen impacto en salud a fin de tener una primera imagen de las áreas que requerían mayor atención por presentar carencias, necesidades⁸ o problemáticas importantes o, por el contrario, aquellas otras que presentaban mayor fortaleza y potencialidad.

⁸ Para la aproximación a las necesidades de salud, el esquema de necesidades de Bradshaw puede servir de modelo para valorar los temas y prioridades en salud según de quién procedan (BRADSHAW, J. (1972). «A taxonomy of social need». *New Society*. Harvard, marzo del), el cual diferencia entre:

- Necesidad normativa: un experto define la necesidad mediante la definición de normas o criterios estándares que desean ser alcanzados.
- Necesidad sentida: se pregunta a las personas para conocer sus necesidades, traducidas en problemas o expectativas por parte de dicho grupo o comunidad.
- Necesidad expresada: se basa en la información de utilización de servicios preventivos, curativos o promocionales. Es decir, equivale a la demanda de los servicios de salud, cómo las personas utilizan los servicios o transforman la necesidad en acción.
- Necesidad comparativa: consiste en definir las necesidades en función de la comparación de resultados entre diferentes territorios o servicios, considerando la necesidad aquella que cuenta con los resultados más desfavorables.

Paralelamente, se trataba de aprovechar la ocasión para iniciar contactos, darse a conocer, presentar el Proyecto ICI a los recursos del territorio y establecer alianzas estratégicas a fin de favorecer procesos de adecuación a la diversidad cultural existente. En este sentido, los equipos ICI desplegaron un trabajo importante; en algunos casos más extensivo, en otros más intensivo y, en algunos, en ambos sentidos, a fin de ubicarse, conocer los distintos actores –representantes institucionales, técnicos y entidades sociales– que resultaban ser clave o relevantes en lo que respecta a la línea de acción específica en salud.

Así mismo, se aproximaron al conocimiento de los planes y programas, estrategias y acciones relacionadas con la atención y mejora de la salud del territorio, establecidos y aprobados por las diferentes administraciones y actores sociales, explorando el desarrollo real de las líneas contenidas en los mismos. Es una realidad conocida que existe una distancia entre los objetivos y los presupuestos enunciados en dichos planes y programas de salud y su concreción en la realidad. Incluso en estos casos, no cabe duda de que tienen el poder simbólico de haber sido publicados y suscritos por los poderes correspondientes y, por lo tanto, constituyen un marco de referencia ineludible.

Esta aproximación se realizó en ocasiones desde una visión más limitada a la perspectiva biomédica o sanitarista, en otros casos desde una visión más amplia e integral de la salud del territorio, lo que implicaba diferencias respecto al espectro de actores e instituciones con los que se ha mantenido contacto y relación –medio ambiente, urbanismo, educación, etc.

Los equipos ICI mostraron desde el principio una gran capacidad de penetración en el tejido comunitario y habilidades para moverse en la arena de las relaciones comunitarias, fruto seguramente del perfil y experiencia de sus integrantes, aspecto relevante para el Proyecto ICI dada la diversidad de ámbitos y actores con los que fue preciso trabajar. Se daba, por lo tanto, una gran complejidad de niveles y contextos en los que actuar, lo que planteó a los equipos ICI la cuestión de los criterios y límites en el establecimiento de vínculos entre actores con diferentes intereses, de forma que no se superase su capacidad de acción.

El punto de partida era diferente para unos u otros equipos, contando algunos con un valioso conocimiento previo del territorio, de sus recursos sociales, vecinales, asociativos, institucionales, etc., derivado de su intervención previa en el mismo desde diferentes entidades o instituciones. Y equipos que, por el contrario, tuvieron que iniciar ese proceso y conseguir establecer un marco inicial de relaciones. Ambas situaciones pueden tener sus fortalezas y amenazas.

Las programaciones establecidas por los equipos ICI para el año, con objetivos y líneas de actuación tanto desde el punto de vista global como específico en los tres ámbitos –socioeducativo, salud comunitaria y relaciones ciudadanas–, se caracterizaron por la diversidad y riqueza de propuestas, acordes con las características del territorio, los recursos sociosanitarios y las experiencias de trabajo previas, las acciones en marcha y la diversidad del tejido social.

La línea de salud comunitaria, inicialmente, requirió más tiempo para concretar propuestas de acción pues, como se ha comentado, los equipos ICI –por su composición, formación y experiencias previas– percibían la cuestión sanitaria como lejana y distante. Fue necesario realizar una inmersión en el sistema de salud para conocer y aproximarse al mundo de los sanitarios y las claves culturales que lo rigen. Sin embargo, su bagaje práctico y su formación en el campo de lo social, lo educativo y la mediación intercultural supusieron una fortaleza en la medida en que han podido aplicar sus herramientas y habilidades, sirviendo como puente mediador entre estos mundos y subculturas –educativa, sanitaria, social– y favoreciendo el conocimiento y reconocimiento del otro.

En este sentido se planteó como relevante:

- La necesidad de reforzar la idea de intersectorialidad, aproximación, diálogo y concertación entre los diferentes sectores vinculados a la mejora de la salud. En tanto que la salud es un asunto transversal, un valor colectivo al que contribuyen los diferentes actores del territorio –políticos, profesionales y la población–, puede servir de causa común, lo que congrega, favorece las alianzas y el trabajo compartido.
- La importancia de la organización de los equipos ICI. Era operativo que existiese un responsable por cada ámbito en el Proyecto ICI, pero con dinámicas que favoreciesen el establecimiento de sinergias entre los mismos. No se trata de ser especialistas en educación, salud o relaciones ciudadanas.
- La necesidad de establecer sinergias entre los diferentes ámbitos de actuación del Proyecto ICI, en tanto que pueden rentabilizarse los resultados en un ámbito –educación– buscando sinergias con el resto de los ámbitos. La realidad es que el sistema educativo y el sistema sanitario han llevado un desarrollo paralelo y, tradicionalmente, la escuela ha sido uno de los ámbitos de mayor interés para la promoción de la salud.

Entre las acciones llevadas a cabo en esta primera fase, en el ámbito de salud comunitaria cabe reseñar:

- La promoción de espacios de encuentro y trabajo conjunto entre técnicos del ámbito sanitario, local –ayuntamientos– y salud pública y entre estos y el resto de los sectores.
- La participación en comisiones, foros y consejos de salud del territorio.
- El apoyo a la realización de jornadas, encuentros, celebraciones y reuniones sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- El desarrollo de observación, investigación y análisis sobre las acciones realizadas en el ámbito de la salud comunitaria en el territorio.
- La conformación de grupos entre profesionales y ciudadanía para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de problemas de salud en el territorio.
- La realización de acciones de sensibilización para la promoción de la salud comunitaria desde una perspectiva intercultural.
- La realización de otras acciones: asesoría a equipos y profesionales, apoyo en la confección de herramientas de comunicación sanitaria, guías de recursos, etc.

2.5.2 Segunda fase

- Establecimiento y consolidación de espacios de relación
- Consolidación de líneas de acción en salud comunitaria
- Despliegue del proceso de conocimiento compartido

Durante la segunda fase del Proyecto ICI, los objetivos de salud comunitaria se dirigen hacia la consolidación de los espacios de relación, trabajo y cooperación sostenida con los diferentes recursos y agentes del territorio implicados en el ámbito de la salud, a fin de avanzar en el proceso de conocimiento compartido de la situación de salud del territorio y en la identificación de necesidades, problemas de salud, activos y recursos para el abordaje integral de los mismos desde la acción en red y participativa encaminada a mejorar la salud del territorio.

Estos objetivos se vertebran en torno a tres ejes:

- Intersectorialidad
 - Empoderamiento
 - Promoción de la salud
-
- **Intersectorialidad:** apoyar el trabajo intersectorial y cooperativo entre administraciones, recursos técnicos y ciudadanía que trabajan para la promoción de la salud, a fin de favorecer procesos de adecuación a la diversidad cultural existente.

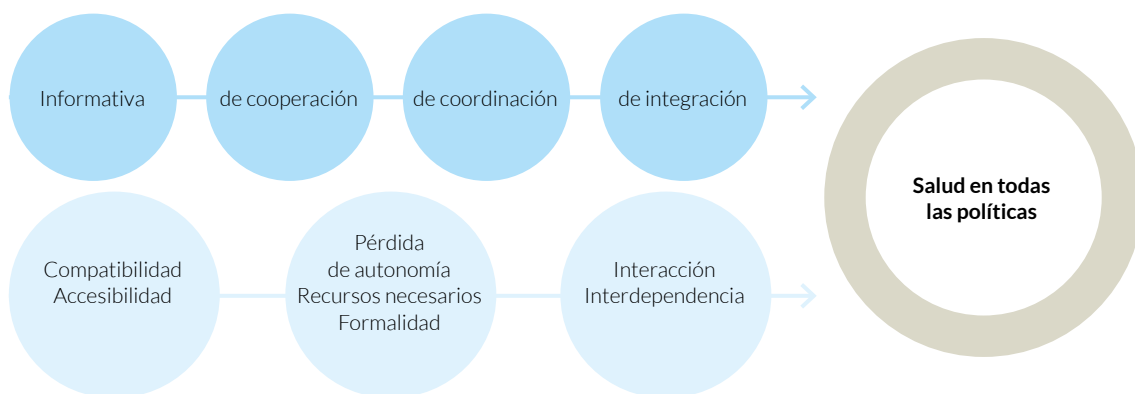
En este sentido, durante la segunda fase se estructuraron y consolidaron los espacios técnicos de relación (ETR), en los que se fueron implicando progresivamente los profesionales del sector sanitario. Así mismo, en algunos territorios se constituyeron espacios técnicos de relación específicos del ámbito de la salud que recibieron diferentes nombres –mesas de salud, espacios de salud, grupo de salud comunitaria, etc.–, en los que concurrieron profesionales de los centros de salud, servicios sociales, centros de salud municipales, salud mental, centros de drogodependientes, asociaciones de pacientes, entidades sociales, etc. Este hecho supuso un avance fundamental, en la medida en que en algunos casos no existía conocimiento ni relación previa entre dichos recursos pese a trabajar en un ámbito con intereses y objetivos comunes y complementarios.

El despliegue de acciones de los equipos ICI y el trabajo desarrollado a diferentes niveles –administraciones, técnicos y ciudadanía, tanto organizada como no organizada– implicó distintas dinámicas según el tipo de concurrencia que se daba en los espacios de relación. Dado que la salud es un producto social en que sus actores y las acciones trascienden significativamente las fronteras del denominado «sector salud», se requiere de una respuesta social organizada.

En los plenarios y encuentros celebrados al inicio de la segunda fase, se detectó la necesidad de reforzar el marco conceptual y metodológico de lo que implica la intersectorialidad en el ámbito de la salud comunitaria en el contexto del Proyecto ICI, dado que el planteamiento de las acciones que, en este sentido, estaban desplegando los equipos ICI requería una reflexión al respecto, a fin de poder identificar los modelos desde los que se estaba abordando el trabajo intersectorial y, ligado a ello, cuestiones relativas a la representatividad, las relaciones de poder y la participación de los diferentes actores.

Asimismo, se vio preciso **profundizar en la teoría institucional** en tanto que ofrece base para la reflexión y orientaciones para el trabajo que se está llevando a cabo con los diferentes actores. Hay que tener en cuenta que una parte sustancial del trabajo intersectorial implica gradientes diferentes e idealmente progresivos –según esquema– de relación, cooperación, coordinación y trabajo integrado entre actores pertenecientes a diferentes instituciones y dispositivos comunitarios, que a su vez tienen diferentes culturas –ideario y valores, organización, funcionamiento, normas y dinámicas de relación, etc.–. No es lo mismo trabajar en/con el ámbito escolar en sus diferentes niveles, que en/con el ámbito sanitario, en/con el ámbito asociativo, y dentro de cada uno de estos sectores es obligado tener en cuenta también las diferencias según sea público, privado, de pacientes o vecinal, etc.

Gráfico n° 2. Trabajo intersectorial e interinstitucional



Una herramienta de apoyo que resultará muy útil a lo largo del Proyecto ICI es el mapeo y representación espacial, la georreferenciación y cartografía de los diferentes recursos contactados según las áreas de trabajo y pertenencia, explorando las acciones que despliegan, el tipo de relaciones que mantienen entre sí y con otros recursos y su aportación a la mejora de la salud del territorio según los ámbitos de acción correspondientes –sanitario, social, educativo, etc.–. Todo ello, estudiando la situación y alianzas del equipo ICI en dicha cartografía para valorar oportunidades y amenazas para la consecución de los objetivos.

— **Empoderamiento:** impulsar acciones dirigidas a que las personas y grupos incrementen el control y la capacidad de gestión sobre los determinantes de la salud, lo que se asocia tanto al conocimiento compartido de las necesidades y problemas de salud percibidos por los responsables políticos, recursos técnicos, tejido asociativo, grupos y ciudadanía, como al planteamiento de prioridades y propuestas de intervención entre los protagonistas: administraciones, recursos técnicos y ciudadanía.

Conectado con el eje anterior, durante la segunda fase se estructuraron la metodología y fases a seguir para recolectar la información sobre los problemas, necesidades de salud y sobre los recursos y activos en salud existentes en el territorio, en tanto que son percibidos por los diferentes agentes de la comunidad, mediante un proceso de investigación y acción participativa. Para ello, se solicitaron los datos e indicadores correspondientes sobre el estado salud y la calidad de vida de la población a los responsables de las administraciones implicadas y se seleccionó una muestra amplia y representativa de agentes sociales que viven y/o trabajan

en el territorio y que podían facilitar información, tanto objetiva como subjetiva, acerca de los temas mencionados.

Los métodos utilizados para dicha recogida de información fueron la entrevista, la audición, el coloquio, el grupo nominal o de discusión, etc., organizando espacios de escucha y diálogo con informantes clave –vecinos y vecinas del barrio, responsables y profesionales de los diferentes recursos sociosanitarios, asociativos, educativos, etc.–. El propósito fue propiciar el contraste y discusión de la información localizada o existente, a fin de priorizar necesidades y problemas de manera compartida que pudieran conectar con la programación comunitaria del tercer año de intervención del Proyecto ICI.

La acción participativa implicó, primero, dar voz a los diferentes actores para, posteriormente, compartir y transmitir la información obtenida al resto de la comunidad u otras organizaciones mediante reuniones, representaciones espaciales, dramatizaciones u otras técnicas, y, además, con frecuencia, llevar a cabo acciones para transformar la realidad. Se trataba de posibilitar, reforzar o impulsar espacios para la difusión y discusión de la información existente –contrastada y basada en trabajos sistemáticos– a fin de que Administración, técnicos y ciudadanía conocieran, se posicionasen al respecto y decidiesen sobre las estrategias en marcha o necesarias para abordar alguno de los problemas o aspectos identificados en el proceso de conocimiento compartido.

Durante la segunda fase, se avanzó de manera importante en sistematizar **el plan de comunicación**, los sistemas de información y comunicación que permitieron compartir la información entre los diferentes actores implicados en el Proyecto ICI. Entre las herramientas e instrumentos que se diseñaron existieron las actas, los blogs, las notas informativas para los medios de comunicación locales, las hojas informativas trimestrales, los materiales audiovisuales, etc.

Las hojas informativas, bajo el lema «Compartir», sirven para reseñar los aspectos fundamentales de la actividad desarrollada durante esta fase y resultaron fundamentales como herramienta de información, coordinación y difusión del trabajo y avances del Proyecto ICI en el territorio. Sirve de ejemplo de ello el Proyecto ICI del territorio del Carrús (Elche, Alicante). Los primeros números de la hoja informativa sirvieron para presentar el Proyecto ICI, informar sobre su escuela abierta de verano, programación, desarrollo y evaluación y para dar cuenta del inicio de elaboración de la monografía comunitaria.



Las guías de recursos sociosanitarios. Otra de las herramientas resultante del trabajo colaborativo e intersectorial fue la elaboración de guías con información que posibilita conocer mejor los distintos recursos, programas y acciones disponibles para las necesidades de salud de la población. El proceso de elaboración de estas guías constituye en sí mismo un medio que facilita y mejora el conocimiento de los activos del territorio por parte de los profesionales de diferentes sectores.

La siguiente imagen muestra la *Guía de salud* del barrio de las Margaritas en Getafe (Madrid), elaborada por el grupo de salud comunitaria, en el que participan la Dirección Asistencial médica y enfermería de Atención Primaria del Centro de Salud Las Margaritas, el Servicio Territorial de Salud Pública, el Centro Municipal de Salud de Getafe, el Centro de Atención Integral Drogodependientes, distintas asociaciones de salud de Getafe que actúan en las Margaritas y la asociación de vecinos Las Margaritas.



La elaboración de material educativo y audiovisuales en el ámbito de la salud: los equipos ICI, en colaboración con los recursos sociales y culturales, sanitarios, educativos, las entidades sociales y la ciudadanía organizada del territorio, desplegaron una importante labor en la elaboración y adaptación de recursos de información, educación y comunicación en el campo de la promoción de la salud –recetarios, folletos, carteles, pegatinas, *flyers*, cápsulas informativas, material audiovisual, etc.



CHARLA SOBRE

HÁBITOS SALUDABLES PREVENIR EL RAQUITISMO

صحت کے معیار
(رکتس) ہڈیوں کی کمزوری کی روک تھام
کے بارے میں بات



Doctora: **M^a José López Mendía**
Fecha y lugar:
Miércoles, 23 noviembre, 17.00 h.
Centro Deportivo La Ribera
(Paseo del Prior, 10)



con Servicio de
LUDOTECA

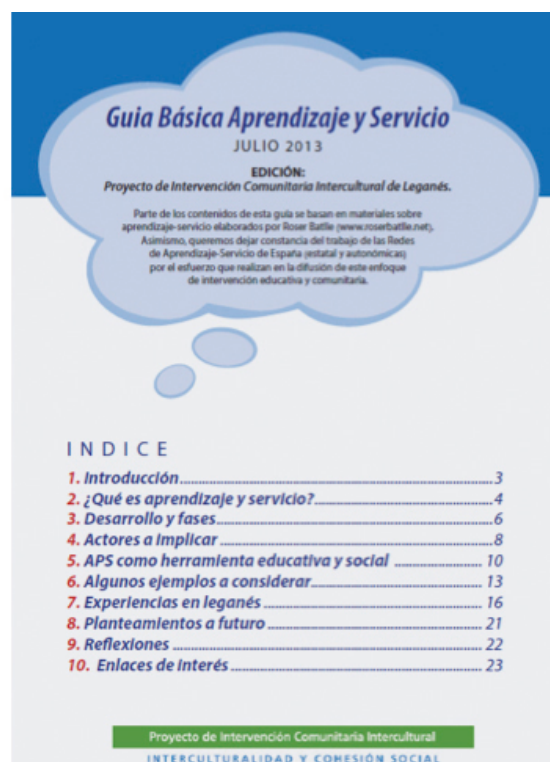
Colabora:
Ayuntamiento
de Logroño

Centro de Salud
Joaquín Elizalde
Rioja
Salud

rioja
acoge

Obra Social "la Caixa"

Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural
INTERCULTURALIDAD Y COHESIÓN SOCIAL



Una cuestión que resultó patente en las intervenciones de los equipos ICI es la importancia de que las necesidades y problemas detectados se expresen y presenten en formatos adaptados a las diferentes subculturas de los sectores poblacionales y profesionales a los que van dirigidos.

Específicamente, en el ámbito sanitario –de la salud–, dado que el modelo hegemónico es el bio-médico y la mirada predominante es la clínica individual, existe por parte de los profesionales sanitarios –socializados en dicho modelo– la tendencia a expresar en forma de tasas, riesgos y tendencias los problemas de salud, existiendo dificultad de visualizarlos como hechos sociales y no solo biológicos individuales. Presentar las necesidades y problemas comunitarios detectados en formato compatible con dicho modelo implica en ocasiones una cierta traducción y reducción semántica, y conlleva inicialmente su cuantificación y medicalización, a fin de llamar la atención sobre su relevancia y que se incorporen en la agenda de salud.

Sin embargo, la forma en que perciben y expresan las necesidades y problemas de salud los ciudadanos y ciudadanas difiere de la expresada por los profesionales, pues se refiere al conjunto de lazos de significación que las personas y grupos establecen entre los procesos de salud-enfermedad y su historiografía, vínculos y contextos relacionales en los que transcurre su vida –familia, escuela, trabajo, amigos–. Por ello, resultó muy relevante el trabajo de mediación y aproxima-

ción realizado en estos materiales, de forma que reflejasen esa polisemia, los diferentes matices y miradas complementarias, sin pretender su reducción o simplificación.

— **Promoción de la salud:** propiciar iniciativas y reforzar las ya existentes encaminadas a la promoción de la salud como elemento indispensable para mejorar la calidad de vida.

En el desarrollo del Proyecto ICI, se insistió en la importancia de vincular y alinear las prioridades y acciones desarrolladas en salud con las marcadas en los planes y programas de las administraciones –sanitaria, educativa, servicios sociales, etc.–, a fin de reforzar su viabilidad y contar con el respaldo necesario. Como se ha señalado, el Proyecto ICI no es otro proyecto más sino que trata de conectar las estrategias existentes.

Así mismo, se reconoció la necesidad de manejar, por parte de los equipos, la nomenclatura correspondiente a cada Administración, los códigos específicos y el lenguaje en el que se explicitan las necesidades, estrategias de acción o criterios de prioridad, con el objetivo de poder establecer un diálogo con los técnicos y llegar a ciertos acuerdos y colaboraciones, lo que no implica caer en la servidumbre a los mismos.

En los territorios en los que existen proyectos o planes estratégicos integrales en el ámbito de la Administración –ciudadanía, convivencia, integración, etc.–, y en los que son fundamentales los ámbitos educativos, de social y salud, los equipos ICI pueden desarrollar, tal como se ha demostrado en la práctica, una influencia decisiva para incorporar los ejes prioritarios del Proyecto ICI: la perspectiva intercultural, de salud integral, la promoción de la salud y equidad en las diferentes políticas, líneas estrategias y acciones que se plantean.

A pesar de las dificultades que se han enunciado en el sector salud para desarrollar la perspectiva comunitaria intercultural, dentro del sistema sanitario existen sectores que trabajan por recuperar y desarrollar acciones de promoción de la salud, convencidos de que a través de este modelo el impacto en la salud pública es mucho más perdurable. Se trataba de afianzar las alianzas con estos profesionales comprometidos que trabajan en los diferentes niveles de las instituciones sanitarias, para los que los equipos ICI resultan un recurso que potencia la eficacia de su trabajo, en la medida en que ayudan a poner en contacto diferentes recursos y revalorizar su labor.

Durante este tiempo, se detectaron en los territorios problemas y situaciones de salud complejas, tales como maltrato, indefensión de algunos grupos, vulnerabilidad de otros, riesgos para

la salud pública, etc. Ello obligó a reflexionar acerca del lugar que deben ocupar los equipos ICI, teniendo en cuenta que, no siendo profesionales de la salud, pueden identificar y transmitir información relevante sobre dichas situaciones a quienes tienen competencias en estos campos.

2.5.3 Tercera fase

-
- Monografía comunitaria, diagnóstico, programación comunitaria y celebración de diferentes encuentros comunitarios
 - Experiencias significativas en salud comunitaria
-

Durante la tercera fase, los objetivos de salud comunitaria continuaron convergiendo hacia la consolidación de los espacios de trabajo y cooperación sostenida con los diferentes recursos y agentes del territorio implicados en el ámbito de la salud, a fin de completar el proceso del conocimiento compartido, con la finalización de la monografía comunitaria, la elaboración del diagnóstico –identificación de necesidades y problemas de salud y establecimiento de prioridades– y la programación comunitaria –objetivos comunes de intervención y abordaje integral de los mismos–, con la finalidad de mejorar la salud del territorio.

La línea global cobró mayor intensidad, centrándose el trabajo de los equipos ICI durante el primer periodo de esta fase en la elaboración de la monografía comunitaria y la celebración del I Encuentro Comunitario, y, durante el segundo periodo, en la validación del diagnóstico y el establecimiento de la programación comunitaria con los tres protagonistas, desarrollando, de forma paralela, la preparación y celebración de encuentros comunitarios.

El proceso de trabajo seguido para la elaboración, consenso y socialización tanto de la monografía como del diagnóstico y la programación, así como la preparación de los encuentros comunitarios correspondientes, facilitaron un sustrato de oportunidad para el trabajo colaborativo y en red de los profesionales sanitarios con el resto de los actores del territorio implicados en la promoción de la salud, suponiendo un impulso fundamental para el avance y refuerzo del trabajo intersectorial y cooperativo entre administraciones, recursos técnicos y, especialmente, para la participación de la ciudadanía.

Dichos procesos conllevaron la programación de espacios de trabajo y una metodología específica que posibilitó el contraste de visiones y la participación organizada de los distintos agentes. En estos espacios se pudo aportar, analizar y reflexionar de forma conjunta sobre las necesidades de salud del territorio entre los propios profesionales sanitarios, con otros técnicos de los otros sectores y con la ciudadanía, lo que aportó una visión de conjunto y más contextualizada

a la hora de decidir prioridades. La puesta en común, el aporte y la contribución de los diferentes actores y sectores revistieron, en todos los casos, un fuerte carácter simbólico.

Tanto la elaboración de la monografía como los procesos desarrollados para la validación del diagnóstico y la preparación de la programación comunitaria contaron con el apoyo y participación de los tres protagonistas, y se mantuvo la continuidad de las acciones previstas durante el año en el ámbito de la salud, desarrollándose las líneas de intervención programadas con escasas desviaciones, que aportaron a la línea global la capacidad para alcanzar los diferentes hitos y productos.

La salud del territorio constituyó paulatinamente un foco de interés creciente en todo este trabajo, en la medida en que el enfoque de la salud comunitaria intercultural y la promoción de la salud supusieron propuestas abiertas a la participación y que facilitaban la convergencia, consiguiendo incorporar e implicar a los recursos sanitarios, sus responsables y la propia ciudadanía en los procesos de reflexión-acción.

Al final de dicha fase, se habían ampliado y consolidado los espacios técnicos de relación (ETR) ya existentes con los tres protagonistas, de forma que prácticamente todos los territorios contaron con un ETR en el que participaban profesionales del sector sociosanitario, ya fuese en el espacio global y/o en el núcleo motor. En algunos territorios, esta estructura ha resultado ser muy amplia y sólida en el ámbito de la salud comunitaria, como es el caso del Raval, en Barcelona, donde el diagnóstico comunitario se vertebró en torno al eje de la salud, estableciéndose diferentes comisiones de trabajo acordes con las necesidades más relevantes identificadas y priorizadas en la programación.

Sin embargo, en algún otro territorio surgieron dificultades para contar con la presencia de técnicos de salud en el ETR, por lo que se fueron arbitrando vías alternativas para asegurar su vinculación al espacio, tales como mantenerles informados y en contacto con los avances del Proyecto ICI, hacerles partícipes de coloquios, audiciones y encuentros comunitarios, implicarles en acciones concretas, etc.

También al final de esta fase, en la práctica totalidad de los territorios se contó con una o más estructuras participativas específicas en salud comunitaria que se fueron consolidando y fortaleciendo en el transcurso del tiempo. En dichas estructuras participaron, con mayor o menor implicación, técnicos del ámbito sociosanitario –municipal y autonómico–, representantes de la Administración –Local o de distrito– y, en muchas ocasiones, también ciudadanía –organizada o a título personal–, asociaciones, voluntarios, etc.

Estas estructuras han contribuido al avance en el establecimiento de sinergias y trabajo colaborativo entre las diferentes líneas específicas y entre los diferentes sectores implicados en el abordaje de las necesidades y problemas de salud detectados en las fases previas. Asimismo, han resultado fundamentales para el planteamiento de una programación en salud comunitaria consensuada.

Los equipos ICI avanzaron, por lo tanto, en el fortalecimiento, ampliación y consolidación de las relaciones y alianzas con los tres protagonistas con el fin de asegurar la sostenibilidad de las acciones en marcha y la viabilidad de la programación comunitaria, a pesar de que los continuos recortes en los servicios sociales y sanitarios supusieron una amenaza y, en ocasiones, limitaron las posibilidades de implicación de los profesionales sanitarios en los espacios de trabajo intersectorial y comunitario. Pese a ello, durante la tercera fase, se constata que se han alcanzado los objetivos programados de forma amplia, sabiendo compaginar los equipos ICI tiempos, intensidad y capacidad organizativa para atender los diferentes retos, situaciones y exigencias planteados en los territorios.

2.6

Líneas de acción prioritarias en salud comunitaria intercultural

En el transcurso de la segunda fase, se constató en los diferentes territorios un avance significativo en el desarrollo de distintas experiencias y propuestas novedosas en el ámbito de la salud, que fueron compartidas, analizadas y discutidas en los plenarios, encuentros y jornadas monográficas de salud organizadas desde el equipo asesor con los equipos ICI de los 17 territorios.

De acuerdo con estos procesos y experiencias, se identificaron las líneas prioritarias de acción en salud comunitaria intercultural, estableciéndose los siguientes modelos de referencia en los que inspirarse, así como los criterios necesarios para su implementación:

- Territorio saludable
- Escuelas promotoras de salud
- Agentes de salud de base comunitaria
- Acciones promotoras de salud

Veamos con detenimiento estos modelos de referencia planteados y algunos ejemplos que ilustran el despliegue de propuestas, experiencias y prácticas novedosas referidas a los mismos.

Territorio saludable

Desde este modelo, la ciudad, el territorio, el barrio, se conciben como algo complejo y dinámico. Es donde se produce la convivencia y se desarrolla la vida, las actividades cotidianas y las decisiones políticas que las gobiernan –económicas, sociales, culturales, educativas, de ocio, etc.–, por lo que ejercen, como hemos visto, un papel determinante en la salud de las personas. También el entorno físico, el hábitat, determina las relaciones, los modos y estilos de vida de las personas, por ello es el lugar idóneo donde articular las medidas que reorientan las políticas públicas a favor de la salud.

La Estrategia de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ es una de las manifestaciones más visibles e importantes de la aplicación de los principios y metodología del enfoque de promoción de la salud en la práctica real de la salud pública desde el ámbito local. El concepto de «ciudad saludable» hay que entenderlo en términos de proceso y no solo de resultados. Cualquier ciudad puede ser saludable si se compromete con la salud, si tiene una estructura para trabajar por la salud y si comienza un proceso para conseguirlo, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables y creando entornos que los favorezcan.

Con esta estrategia se busca mejorar los entornos en que las personas pueden ganar o perder salud según los factores externos –el medio ambiente, el empleo, la educación, la vivienda y la pobreza–, que entre otros son los principales determinantes de la salud, trascendiendo el ámbito de la atención sanitaria. La metodología consiste en la creación e implementación de planes municipales de salud, basados en la cooperación intersectorial y la participación ciudadana.

Escuelas promotoras de salud (EPS)¹⁰

Este modelo pretende facilitar la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable para la salud. Plantea las posibilidades que tienen los centros

⁹ El proyecto europeo surge de la iniciativa conjunta de las secciones de Promoción de la Salud y Salud Ambiental de la OMS (1987). Inicialmente fueron 11 ciudades y posteriormente se amplió su número a 31 –Sevilla y Barcelona entre ellas–; en el 1998, en la tercera fase del proyecto, se incorporó San Fernando de Henares, y a partir del 2003, en la cuarta fase (2003-2008), coincidiendo con la expansión del proyecto en España, se incorporaron cinco ciudades más: Barcelona, Gijón, Vitoria-Gasteiz, Sant Andreu de la Barca y Leganés. Actualmente, en la quinta fase (2009-2013), otras cinco ciudades más han solicitado su incorporación: Orense, Salamanca, Villanueva de la Cañada, San Sebastián de los Reyes y L'Hospitalet de Llobregat. El proyecto creó tal expectación que rápidamente se desarrollaron redes nacionales y regionales. Actualmente hay redes nacionales en 29 países europeos y unas mil ciudades participan en este movimiento.

¹⁰ El proyecto Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) tiene como objetivo establecer en la región europea de la OMS un grupo de escuelas modelo que permitan demostrar el impacto de la política y la práctica de las escuelas promotoras de salud en el más amplio de los sectores educativo y sanitario, tanto a escala nacional como internacional. En la actualidad están integrados en dicha red más de cuarenta países de la región europea de la OMS. Su principal objetivo es conseguir una escuela saludable que facilite la adopción por toda la comunidad educativa de modos de vida sanos en un ambiente favorable para la salud.

educativos, si se comprometen a ello, de instaurar un entorno físico y psicosocial saludable y seguro. Las bases de trabajo promovidas por la EPS son:

- Integración de la promoción de la salud en la programación escolar, lo que implica metodología didáctica innovadora, abierta a las situaciones cotidianas y experiencias del alumnado que tienen relación con la salud.
- Profundización en contenidos de salud, no solo conceptuales sino especialmente actitudinales y habilidades para la vida, que mejoran las competencias del alumnado para desarrollar una vida saludable.
- Consolidación del trabajo en equipo del profesorado como agente principal para la promoción de la salud en la escuela, con el apoyo del equipo directivo para integrar la educación para la salud en el proyecto educativo del centro.
- Promoción de un entorno saludable y un clima escolar positivo que apoye la salud y el bienestar del alumnado y del resto de la comunidad educativa. Búsqueda de relaciones de colaboración e implicación de las familias en el proyecto educativo.
- Colaboración con los servicios sociosanitarios del territorio para mejorar la interacción y la sinergia con los recursos del entorno, promoviendo un centro educativo abierto a la comunidad.

La promoción de la salud en la escuela es una de las áreas privilegiadas en las que prácticamente todos los equipos ICI, sin excepción, han desarrollado acciones, las cuales se incrementaron de forma notoria en el avance del Proyecto ICI de un año a otro.

La confluencia de intereses y la orientación entre la línea específica socioeducativa y de salud comunitaria encuentran en este ámbito terreno abonado para el éxito. La escuela abierta de verano, ya en el primer año, supuso un punto de partida y sirvió de botón de muestra para comprobar la eficacia de aunar esfuerzos. Posteriormente se fueron identificando oportunidades y potencialidades del espacio educativo para incorporar acciones a lo largo de todo el curso escolar.

En los territorios que formaban parte de la Red de Ciudades Saludables y/o la Red de Escuelas Promotoras de Salud se presentaba una oportunidad única para recordar los principios en los que se asientan dichos modelos, los compromisos que la pertenencia a dichas redes implican y, desde ahí, propiciar su desarrollo. Cuando no se ha dado el caso, este modelo ha servido de referencia y guía para promover y sustentar su paulatina puesta en marcha.

Agentes de salud de base comunitaria

En el Proyecto ICI se entiende el agente de salud comunitario como aquella persona que ha recibido una formación especial en aspectos de promoción y educación para la salud y con volun-

tad de ofrecer apoyo en aspectos de salud a las personas, grupos o colectivos del ámbito comunitario en el que desarrolla su función.

Este agente comunitario suele ser propuesto y/o elegido bajo unos criterios predefinidos y acordados entre los profesionales de la salud y del ámbito –familiar, educativo, asociativo, comunitario, etc.– en el que interviene para que promueva prácticas saludables en dichos contextos y en su comunidad, en coordinación con el personal de salud. Suele tratarse de personas con gran conocimiento e integración en el grupo o colectivo diana en el que plantea intervenir y que a su vez gozan de reconocimiento y credibilidad.

El impulso de la figura de agente de salud fue adquiriendo creciente interés por parte de los equipos ICI, proyectándose hacia diferentes figuras que fue preciso definir y diferenciar adecuadamente, a fin de no entrar en confusión y poder avanzar en las especificidades de las mismas según contextos, funciones y campo de actuación.

Acciones promotoras de salud en colectivos

Tal como señalamos, según la Carta de Ottawa, OMS (Ginebra, 1986), la promoción de la salud constituye un proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen el control sobre los determinantes de la salud a través de su participación en el análisis y la propuesta de soluciones en los problemas de salud que les afectan y que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

En los 17 territorios se desarrollaron experiencias promotoras de salud dirigidas a diferentes colectivos y en relación con diferentes temáticas de interés en el territorio, entre las que cabe destacar el fomento de hábitos saludables en diferentes edades y colectivos –alimentación, ocio, deporte, prevención de enfermedades, etc.–, las habilidades parentales, la salud mental y emocional, la dinamización de grupos de apoyo mutuo y mediación, la celebración de encuentros temáticos sobre salud o el desarrollo de contenidos de salud en los medios locales de comunicación, entre otras.

Los equipos ICI, en los diferentes territorios, a partir de estos modelos descritos y en función de ciertos factores condicionantes como la conformación del propio equipo, las características e historia del territorio y de los recursos implicados, las oportunidades, sostenibilidad en el tiempo, etc., desarrollaron diferentes experiencias inspiradas en dichos modelos, pero que fue-

ron adquiriendo identidad y definiciones propias según se fueron concretando y moldeando, de acuerdo con los factores mencionados.

27

Experiencias significativas en salud comunitaria intercultural. Cinco ejemplos ilustrativos

La diversidad de intervenciones desplegadas en cada territorio de intervención en el ámbito de la salud responde a un esquema común de desarrollo que contempla las siguientes etapas:

1. Identificación inicial de situación en el territorio, retos y aportes de la salud a la convivencia.
2. Identificación de oportunidades de trabajo con recursos y dispositivos que desarrollan planes y programas de salud en el territorio. Conexión de las iniciativas con marcos de referencia y modelos de acción en salud comunitaria.
3. Contacto y relación con los agentes locales y establecimiento de sinergias a través del apoyo en iniciativas existentes y/o propuesta de nuevas iniciativas.
4. Atención a la participación de la ciudadanía a través de colectivos, asociaciones y en atención a la diversidad.
5. Conexión de las iniciativas en marcha, de las relaciones y espacios generados desde el trabajo de salud comunitaria, con el proceso de conocimiento compartido, las prioridades de acción identificadas en salud y la agenda comunitaria.

A continuación, se mencionan cinco de las experiencias llevadas a cabo en los territorios de intervención que, sin pretender representar la riqueza de experiencias desarrolladas, pueden servir como botón de muestra:

- Experiencia del barrio del Carrús (Elche). Promoción de la salud en el entorno educativo y comunitario.
- Experiencia del barrio del Raval (Barcelona). Conocimiento compartido e identificación de líneas prioritarias en salud.
- Experiencia del casco histórico de Zaragoza. Hacia un Territorio Saludable.
- Experiencia de Logroño. Promoción de la salud y mejora de las relaciones entre profesionales y vecinas del barrio.
- Experiencia del barrio de Salt (Girona). Jóvenes agentes de salud, intervención educativa y participación juvenil.

Experiencia del barrio del Carrús (Elche). Promoción de la Salud en el entorno educativo y comunitario

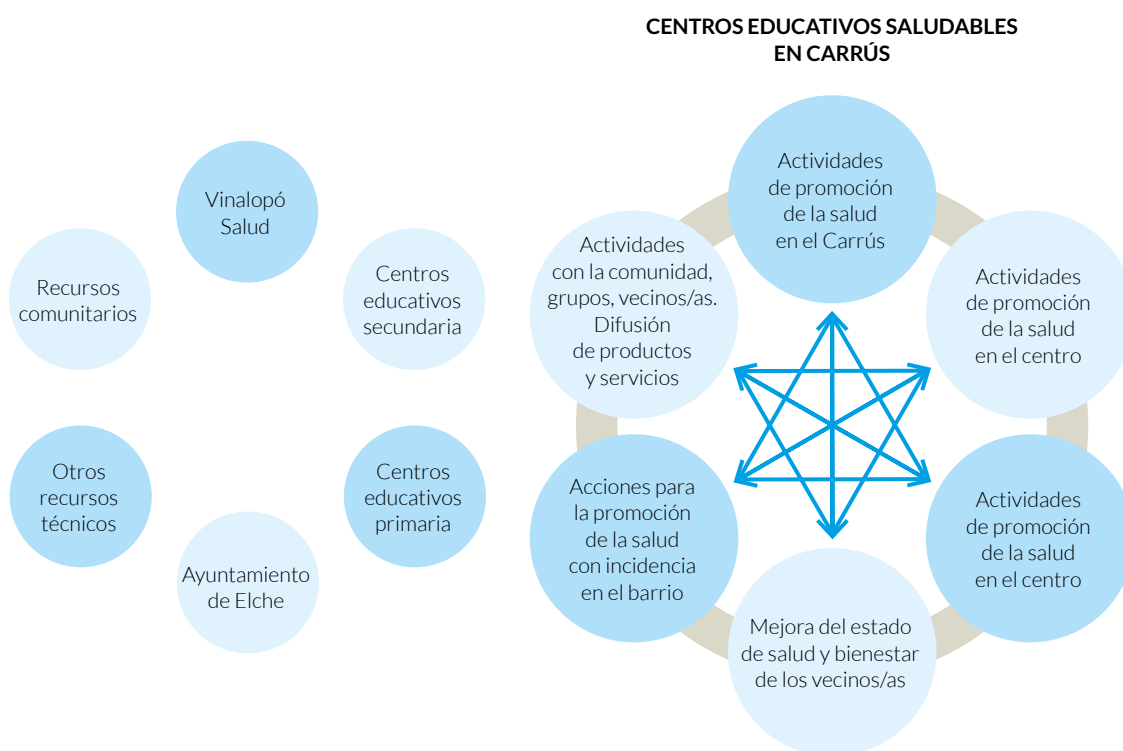
Carrús es un barrio de Elche (Alicante) con 66.618 habitantes, de los cuales el 21,7% son de origen extranjero. Cuenta con un elevado número de personas mayores, junto con población infantil y adulta fruto de las migraciones de las últimas décadas.

Se trata de un territorio poco cohesionado, en el que la convivencia entre grupos solo alcanzaba la categoría de coexistencia, dándose una segregación espacial y social. Con el avance del Proyecto ICI y la creación de diferentes espacios de encuentro y relación, así como el impulso de acciones comunitarias, se ha ido enriqueciendo la convivencia, dando paso a nuevas situaciones de igualdad, así como de valoración y respeto a la diferencia.

Las experiencias en el ámbito de la salud han sido impulsadas y llevadas a cabo desde el equipo ICI con los agentes del territorio, en convergencia con el ámbito socioeducativo y el de relaciones ciudadanas.

El objetivo de la acción fue el desarrollo de diferentes actividades educativas vinculadas entre sí que contribuyesen a la promoción de la salud y el fomento de los hábitos de vida saludable en el marco de la acción comunitaria y la interculturalidad, aprovechando los diferentes espacios del barrio, más allá de los centros de salud, e implicando a todos los recursos con los que cuenta la comunidad, con el propósito de favorecer el trabajo en equipo, la coordinación y colaboración entre ellos.

Gráfico nº 3. Actores y sinergias de los centros educativos saludables (Carrús, Elche)



Fuente: elaboración propia a partir de un documento original del Proyecto ICI en Elche, en colaboración con Elche Acoge y el Ayuntamiento de Elche

La acción se dirigía directamente a toda la comunidad escolar –profesores y otros profesionales de los centros, familias, alumnado, etc.–, pero indirectamente también a los recursos comunitarios que participaron, a otros vecinos y vecinas del barrio, etc.

La estructura de coordinación es la comisión de salud de los técnicos del barrio, que cuenta con representantes del Proyecto ICI, de diferentes concejalías del Ayuntamiento, Vinalopó Salud –centros de salud, hospital y unidades de apoyo–, Agencia Valenciana de Salud, centros educativos, Universidad M. Hernández y otros recursos técnicos, como Cáritas, Proyecto Hombre, farmacias, policía local, S. Formación Profesorado y comunitarios, asociaciones de vecinos, de inmigrantes, asociaciones de estudiantes, AMPA, etc.

Acciones llevadas a cabo

— Programa de radio Carrús Jove

Con el apoyo de la Concejalía de Juventud, Ràdio Jove Elx, IES J. Martorell, recursos sanitarios, comunitarios y vecinales del barrio, se desarrolla el programa conducido por jóvenes, que aborda temas de interés social y sanitario para el barrio.

— Escuela Promotora de Salud

Desde el IES J. Martorell se desarrolla el modelo de Escuela Promotora de Salud, con un plan estructurado y sistemático que persigue establecer relaciones de colaboración entre la comunidad educativa –profesorado, alumnado y familias–, los recursos de salud y otros recursos y personas de la comunidad para desarrollar acciones en beneficio de la salud y el bienestar del alumnado y personal docente y no docente del barrio.

— Escuela abierta de verano

La promoción de la salud se incorpora de manera transversal a través del deporte –carrera de orientación urbana, visita a parajes naturales, jornadas deportivas, torneo de ping-pong y baloncesto– y, específicamente, a través de la impartición de talleres sobre afectividad, baile, mujer y ciencia, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, alimentación y cocina saludable, olas de calor, prevención de drogas, etc.

— Paseos saludables

El programa de salud comunitaria Carrús Actúa con Cuidados establece entre sus líneas prioritarias la intervención sobre los hábitos y estilos de vida de la ciudadanía del barrio. Más de cien personas recorrieron tres rutas diferentes a fin de adaptarlas a su condición física.

— Farmacias promotoras de salud

También desde las oficinas de farmacia del barrio puede promocionarse la salud y prevenir la enfermedad, abordando temas como la deshabituación tabáquica, la alimentación saludable, la osteoporosis, etc. En el proyecto participan recursos de salud y sociales.

— Proyecto Entre Mujeres

Espacio de relación y diálogo en el que semanalmente las mujeres, acompañadas por diferentes profesionales, abordan temas de promoción de la salud –alimentación saludable, autocuidados, relaciones sociales, primeros auxilios, manejo del estrés y la ansiedad–, partiendo de los propios intereses y conocimientos de las participantes. Está impulsado por el Ayuntamiento de Elche, el Centro de Salud de Carrús, Cáritas Elche y la Fundación Elche Acoge con

la colaboración de la Fundación Secretariado Gitano, el Servicio Psicopedagógico Escolar y otras entidades sociales.

Los proyectos desarrollados aportan una importante impronta a la salud colectiva del barrio desde la implicación y acción conjunta de los recursos tanto técnicos como comunitarios con un objetivo común: la promoción de la salud.



El equipo reflexiona tras el trabajo desarrollado sobre la importancia de que todas las actividades promovidas por los recursos del territorio aporten significado a la diversidad del barrio, realizando acciones continuadas, vinculadas entre sí e integradas en las programaciones de los diferentes recursos del territorio, encaminadas a promover una reflexión crítica sobre los temas de salud que interesan a todo el mundo y a potenciar actitudes y hábitos saludables en los vecinos y vecinas del barrio.

Experiencia del barrio del Raval (Barcelona)

El barrio del Raval (Barcelona) se caracteriza por una intensa mezcla de colectivos de diferentes orígenes, culturas y religiones. Lo habitan personas nacidas en Barcelona o Cataluña (33,3%), las que han venido del resto de España (14,4%) y las nacidas en el extranjero

(52,3%, de los cuales el 5% tiene nacionalidad española), con una pequeña representación de la comunidad gitana en el distrito.

La línea de salud comunitaria en el barrio empezó a partir de la implementación del Proyecto ICI desde una plataforma de entidades del barrio, la Fundació Tot Raval, con la finalidad de promover una comunidad con mayor control sobre los factores que afectan a su salud. En concordancia con la metodología del Proyecto ICI y las bases de salud comunitaria, se siguió el siguiente proceso, que permitió definir conjuntamente un plan de acción comunitaria en salud:

- Identificación de las administraciones vinculadas a la salud del Raval y los recursos del barrio, dándoles a conocer el Proyecto ICI e invitándoles a participar.
- Conformación de un grupo institucional formado por siete instituciones públicas y la Comisión de Salud Comunitaria Intersectorial, formada por más de cincuenta recursos de diferentes ámbitos del barrio y de la que a su vez se han conformado tres subcomisiones de trabajo: salud mental, salud afectivo-sexual y reproductiva y gente mayor.
- Elaboración de un estudio participativo centrado en la salud del barrio, fruto del intercambio de conocimientos y experiencias de los diferentes actores del Raval.



- Proceso de reflexión y análisis de los problemas más importantes identificados, tras el cual se definieron **tres líneas estratégicas de acción** para abordar desde una mirada intercultural, de género y de ciclo vital, y de forma intersectorial, la salud mental entendida de una forma amplia y en toda la población, *la salud afectivo-sexual y reproductiva y el envejecimiento saludable*.



Las acciones propuestas para cada una de las líneas están orientadas a potenciar:

- El fomento de los estilos de vida saludables, educación emocional, habilidades psicosociales y habilidades parentales.
- El fortalecimiento de las redes y de los vínculos familiares, vecinales, sociales y comunitarios, y la promoción de espacios de participación.
- El conocimiento de los otros –combatir rumores y estigmatización–, de los recursos del barrio y lo que hacen y el conocimiento de los derechos y deberes.
- La articulación entre los recursos y profesionales de diferentes ámbitos –educativo y socio-educativo, sanitario, deportivo, social, cultural, etc.
- La integralidad en las acciones. Acompañamiento.

Algunas de las acciones que han surgido como resultado del proceso comunitario son:

- *La parrilla o guía de recursos y actuaciones del Raval*, que recoge más de 700 actuaciones de 145

recursos y servicios que trabajan en los ámbitos de educación, salud, social y cultural, entre otros, realizando un análisis global.

- *Mochilas de salud*, herramienta educativa y lúdica, diseñada desde y para la promoción de la salud de niños entre 4 y 7 años. Se trata de tres mochilas con diferentes temáticas: hábitos saludables, emociones y género. Van acompañadas de una formación específica para los educadores e incluyen libros seleccionados conjuntamente, una guía con objetivos, metodología, propuesta de evaluación y bibliografía recomendada, un juego didáctico para trabajar la temática y bibliografía y materiales adicionales. Fue una iniciativa de la Red de Lectura, formada por 19 centros y entidades, con la participación de seis entidades socioeducativas del barrio y dos bibliotecas, implicando también a agentes sociales, educativos, de salud comunitaria y AMPA.
- *Promoción de la salud en la fiesta de Carnavales (Ravalsotada)*, actividad comunitaria en la que participan más de 35 organizaciones vecinales, sociales y culturales del Raval. En el 2012, bajo el lema «Salut-Accions», las entidades trabajaron en torno a la promoción de hábitos saludables, temática elegida y sobre la que versaron los disfraces. La experiencia resultó muy positiva. Partiendo de una actividad propia del territorio, pudo proyectarse la salud comunitaria como elemento significativo para la gestión de la diversidad y la integración de esfuerzos bajo un objetivo común, plasmándola en una actividad práctica, simbólica y trascendente para los colectivos del Raval, consiguiendo la implicación de organizadores, vecinos, familias, centros educativos, etc.

Hasta el momento se valora muy positivamente el Proyecto ICI en el Raval: se han logrado nuevas relaciones y espacios de encuentro y la suma de sinergias por un objetivo común, contemplando la diversidad del barrio a partir del mejor reconocimiento entre quienes lo conforman.

Experiencia del casco histórico de Zaragoza

El casco histórico de Zaragoza es una zona privilegiada localizada en el centro de la ciudad, bien comunicado y dotado de múltiples servicios, con un enorme patrimonio turístico, zonas de comercio, etc., donde también se concentran colindantes, zonas muy degradadas de la ciudad¹¹.

La Carrera del Gancho constituye un acontecimiento que vertebra el trabajo de diferentes comisiones de festejos a lo largo del año y en el que participan prácticamente la mayoría de las entidades y organizaciones sociales, culturales y de todo tipo. Alrededor de una temática seleccionada, los diferentes grupos se organizan para construir y elaborar distintas accio-

¹¹ Información extraída del resumen ejecutivo del estudio previo realizado por el equipo ICI Ozanam en el 2010.

nes y conectadas al proyecto que se pretende mostrar, siendo la creatividad artística clave en este montaje múltiple y diverso.

Desde el Proyecto ICI, uno de los ejes trabajados apunta al *modelo de barrio saludable* desplegándose en múltiples direcciones: la toma de conciencia de la influencia del medio ambiente físico, ecológico y sociocultural sobre la vida colectiva, el desarrollo de propuestas para mejorar la calidad de vida, la salubridad del territorio, la sostenibilidad del ecosistema, el fomento de hábitos saludables en todas las edades y grupos a través del deporte colectivo y la cooperación, etc. A tal fin, se constituyeron diferentes espacios técnicos de relación o comisiones para desplegar una acción coordinada e integral:

- Comisión de Salud Comunitaria y Medio Ambiente de la Carrera del Gancho, en la que participa Medio Ambiente del Ayuntamiento y del Gobierno de Aragón, la Fundación Ozanam, el centro de salud, otros servicios y centros relacionados, así como agentes comunitarios, asociaciones y diferentes colectivos. La elaboración del Decálogo Saludable junto con Salud Pública del Gobierno de Aragón supuso un trabajo que implicó a más recursos y colectivos medioambientales.
- Comisión de Limpieza, Salud Comunitaria y Medio Ambiente del Casco Histórico, desde la que los diferentes colectivos proponen y desarrollan acciones para la mejora de la salud comunitaria.

Algunas de las **acciones desarrolladas** por estas comisiones son las siguientes:

- *Construcción del Decálogo Saludable Infantil*, que implica el trabajo intersectorial entre educación y salud para permitir a la infancia expresarse y crear un barrio más saludable en los centros, trabajando en el aula desde la pedagogía de la participación compartida con los profesores para que incorporen el proceso en su programación. Coincidiendo con la ruta expositiva del Árbol Saludabilis, el proyecto se liga a la Carrera del Gancho, donde se muestra todo el material creado por la infancia y adolescencia en el proceso, en el que participaron más de 350 niños y niñas y jóvenes de 8 a 16 años.
- *Los paseos cardiosaludables* son actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud comunitaria que mejoran el estado de ánimo, el bienestar físico y la capacidad de esfuerzo, y posibilitan relaciones y vivencias positivas. Un grupo abierto de adultos se cita semanalmente y sale del centro de salud para realizar diferentes rutas; en ocasiones son dinamizadas con visitas a museos, recursos sociales, gincanas o almuerzos saludables, combinando el ejercicio, las relaciones y lo cultural. Organizados por el centro de salud, los paseos han recibido la mención especial del Premio EBRÓPOLIS a las Buenas Prácticas Ciudadanas del año 2011, por su candidatura «Gastando suela por el Gancho. Engánchate a los grupos de

paseo», como ejemplo de implicación de los servicios públicos y los profesionales de la medicina aplicando métodos de desarrollo comunitario.

- *El huerto comunitario urbano y el solar de los niños*, acción impulsada por la comisión socioeducativa de la Carrera del Gancho, un centro educativo, otro de mayores junto a un grupo de vecinos apoyado por el equipo ICI. El solar privado cedido, dividido en parcelas, es cultivado con esfuerzo y cariño entre todos. Un espacio de ocio por la sostenibilidad ambiental, insertando la naturaleza en el interior del casco histórico, embelleciéndolo y creando espacios para el encuentro, la participación y la interrelación intercultural e intergeneracional, contribuyendo además a la educación medioambiental.



- *Organización de la Semana del Medio Ambiente*, con el objetivo de sensibilizar al vecindario sobre la importancia y las repercusiones para la salud comunitaria del estado de limpieza y cuidado de las calles y contribuir a la resolución de los obstáculos que dificultan un ambiente sano.



Experiencia de Logroño. Promoción de la salud y mejora de las relaciones entre profesionales y vecinas del barrio

La intervención se desarrolla en los barrios Madre de Dios y San José, tradicionalmente barrios obreros que hoy forman la periferia hacia la que ha crecido la ciudad. La coexistencia es la forma de relación más extendida, existiendo también espacios de convivencia, fundamentalmente a través de relaciones en el tejido asociativo. Se identifican también situaciones de tensión u hostilidad en el uso de parques públicos en la etapa estival¹².

El equipo ICI, en su aproximación a la situación de salud del territorio, detectó una serie de circunstancias en el ámbito de la salud comunitaria intercultural, la existencia de desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios por parte de determinados grupos, la dificultad de acceso al centro de salud de agentes externos –entre ellos el propio equipo ICI– y necesidades e intereses del centro de salud en resolver esta situación y mejorar la calidad de su asistencia.

Los objetivos planteados en el ámbito de la salud comunitaria, de acuerdo con este contexto de partida, fueron:

¹² Información extraída del resumen ejecutivo del estudio previo realizado por el equipo ICI Rioja Acoge en el 2010.

- Mejorar el conocimiento de los condicionantes socioculturales que limitan el acceso de determinados grupos a los recursos sanitarios en igualdad de condiciones.
- Promocionar la salud y prevenir la enfermedad entre los grupos más vulnerables.
- Mejorar el conocimiento entre la población más vulnerable del territorio de cómo funcionan los recursos de salud.

Lo que pretendía promoverse era el interés de los profesionales sanitarios por los condicionantes de salud de la población, estableciendo un espacio de relación bidireccional entre los profesionales del centro de salud y la ciudadanía que generase confianza entre ambos e implicación de los profesionales. Así mismo, también se potenció el desarrollo de pautas de salud respetuosas y adaptadas a la diversidad social y cultural.

En este sentido, las acciones llevadas a cabo fueron dirigidas al conjunto de la población del territorio, contemplando la diversidad existente, pero con especial atención a los colectivos vulnerables con dificultades de acceso a los servicios de salud.



La estrategia seguida fue sectorial, estableciéndose espacios de trabajo conjunto entre profesionales de la salud y grupos de mujeres de diversa procedencia, a partir de las necesidades expre-

sadas por estas. Se cuidó especialmente la comunicación, símbolos, lengua, espacios e imagen, y se buscaron apoyos para refuerzo y amplificación de las acciones: líderes ciudadanos y religiosos, asociaciones, ludoteca para los niños.



Supuso la implicación de los diferentes actores: ciudadanía –formal, informal, líderes comunitarios–, Administración y técnicos –responsables y profesionales del centro de salud, ludoteca– y medios de comunicación, y el desarrollo conjunto de las siguientes **acciones**:

- *Sesiones de formación*, abiertas –200 participantes–, sobre hábitos saludables para prevención del raquitismo, consejos de salud para el viajero, planificación familiar y seguimiento de embarazos.
- *Elaboración de material didáctico* adaptado a la diversidad cultural: pirámide nutricional y consejos de salud para el viajero.

CHARLA SOBRE

Consejos para Viajar en SALUD

Doctora Isabel Riopedre

نصائح طبية قبل السفر
سفر سے قبل طبی مشورہ

Día:
Jueves, 16 de Junio, 17.00 horas

Lugar:
Paseo del Prior 10
(Centro Desembarco La Ribera, Sede de la
Asociación Vecinos San José)

con Servicio de LUDOTECA

Con la colaboración del
Centro de Salud Joaquín Elizalde

rioja accoge
Ayuntamiento de Logroño
Obra Social "la Caixa"
Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural
INTERCULTURALIDAD Y COHESIÓN SOCIAL

La experiencia aportó al proceso comunitario:

- Confianza en una metodología de desarrollo comunitario basado en el trabajo en equipo, simétrico entre los diferentes actores –Administración, técnicos y ciudadanía diversa– implicados en los procesos de salud/atención, visibilizando y reforzando la necesidad de cooperación mutua al ser artífices de la experiencia.
- Mejora de la accesibilidad de los colectivos más vulnerables o con dificultades y trabas para el acceso en igualdad de condiciones, creando nuevos espacios de relación profesionales-ciudadanos/as interculturales y mejora de la convivencia al propiciar espacios de encuentro plurales alrededor de la salud colectiva.
- Mejora y ampliación de las competencias culturales de los profesionales de la salud.

Experiencia del barrio de Salt (Girona). Casals dels Infants. Jóvenes agentes de salud. Intervención educativa y participación juvenil

En Salt los principales problemas con los que se enfrenta la población inmigrada son el paro prolongado y la precariedad laboral; la situación de irregularidad de algunos de ellos complica aún más la situación. La guetización es muy destacable en el barrio centro, en algunas escuelas y en ciertas comunidades de vecinos, donde se detectan situaciones de hacinamiento. En gene-

ral el clima es de coexistencia, dependiendo del momento –parcelación de parques y plazas, uso de comercios, centros de salud¹³.

El fracaso escolar entre hijos de familias extranjeras es elevado, dándose procesos que apuntaban a la segregación, como el abandono de las escuelas públicas por parte de los autóctonos.

Los profesionales de salud demandaban disponer de más elementos en la praxis asistencial para atender a la ciudadanía desde la prevención y promoción de la salud. Desde el 2007, existía el Pla de Salut Jove, programa que se enmarcaba dentro del Pla Educatiu d'Entorn y del Pla Local de Joventut de Salt, dinamizado por un/a agente de salud que le dedicaba diez horas semanales hasta el 2011.

Desde el Proyecto ICI, de acuerdo con la detección de esta necesidad sentida desde la ciudadanía, se propuso potenciar el trabajo en red vinculando las administraciones y los profesionales a fin de optimizar su intervención. Asimismo, se planteó conectar de forma positiva grupos de jóvenes con la comunidad y el territorio. La propuesta se basa en la reciprocidad: implementar experiencias en que la ciudadanía comparte espacios y saberes. La acción pretende potenciar la autonomía de las personas y reforzar un programa socioeducativo gratuito para jóvenes.

Los objetivos del Proyecto ICI, por tanto, fueron:

- Dar nuevas respuestas a las necesidades y problemáticas de salud, partiendo de lo existente.
- Diseñar actuaciones consensuadas y coordinadas entre los profesionales de salud, contando y potenciando la participación de la comunidad.
- Implicar y capacitar a la ciudadanía en lograr estilos de vida y ambientes más saludables.
- Atender las demandas de los profesionales de salud y las necesidades de la ciudadanía.
- Optimizar/reforzar un recurso de promoción de la salud existente.

Se trataba de construir ciudadanía crítica sobre las necesidades reales del entorno, lo que implicaba sostener una doble intencionalidad: la pedagógica –mejorar la calidad de los aprendizajes– y la solidaria –ofrecer una respuesta participativa a una necesidad social.

Este proceso se basa en el modelo de formación e intervención de aprendizaje y servicio, no tan solo como propuesta educativa sino también de desarrollo comunitario, entendiendo que la acción repercute en las propias personas que lo llevan a cabo y en quienes se focalizan los ser-

¹³ Información extraída del resumen ejecutivo del estudio previo realizado por el equipo ICI Casals dels Infants en el 2010.

vicios, impactando tanto en infancia y familias como en mayores. La experiencia que se relata se refiere, por lo tanto, a la formación de jóvenes agentes de salud, a partir del aprovechamiento del Pla de Salut Jove.

De acuerdo con estos planteamientos, se define un proyecto de aprendizaje y servicio en tres fases:

- Necesidad social y servicio que los jóvenes podrían realizar.
- Partida del entorno con el objetivo de mejorarlo.
- Aprendizajes que este servicio aportaría a los jóvenes. Compromiso, práctica reflexiva. Perspectiva de transformación.

¿Qué aporta al proceso comunitario?

- Generar un grupo de jóvenes activos y comprometidos con el entorno.
- Enriquecer vínculos.
- Reforzar una inversión educativa en salud.
- Trabajar directamente con ciudadanía no asociada.
- Obtener mayor conocimiento de la realidad.
- Dar respuestas los profesionales de salud interactuando con la comunidad.

Las acciones de promoción de la salud desarrolladas por los agentes de salud comunitaria fueron dirigidas a la población que habita el territorio en su conjunto, contemplando toda la diversidad existente, pero con especial atención a los colectivos prioritarios y la población gitana, que es mayoritaria.

3

¿Cuáles han sido los principales logros en salud comunitaria intercultural?

En primer lugar, es preciso resaltar como un logro relevante que la salud del territorio ha pasado a ocupar uno de los centros prioritarios de interés en los territorios de intervención, incorporando el enfoque de la salud comunitaria intercultural y la promoción de la salud en el entramado de la acción estratégica de manera integrada con el resto de las líneas. Todo ello, en concordancia con los principios del Proyecto ICI orientados hacia una visión de la salud integral e integrada en las diferentes políticas de salud pública, es decir, orientada a la colectividad y entendida como los esfuerzos organizados de la comunidad para alcanzar el mejor nivel de salud posible con la implicación de los diferentes sectores –social, educativo, laboral, sanitario, etc.

Efectivamente, durante la primera etapa del Proyecto ICI se desplegó, como hemos visto, un conjunto de acciones enmarcadas en esta línea de acción específica cuya aportación ha sido novedosa, relevante y estratégica en la medida en que se ha partido de una concepción integral de la salud. Al igual que en el resto de las líneas de acción, no se ha desarrollado como un trabajo sectorial separado y aislado, sino vinculado al eje central del Proyecto ICI y con un marcado sentido de proceso.

En segundo lugar, la consolidación y mantenimiento de espacios de relación entre sectores y de los profesionales con la comunidad representan un gran logro del Proyecto ICI, teniendo en cuenta el contexto actual. Efectivamente, la situación de reestructuración del sistema sanitario y educativo vinculada a la crisis, que estuvo como telón de fondo –especialmente durante el segundo y tercer año del Proyecto ICI– y los continuos recortes en los servicios sociales y sanitarios, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo en los profesionales, supuso una clara amenaza de retroceso en la implicación de los técnicos en los espacios de trabajo intersectorial y comunitario. Sin embargo, no sin dificultad, se fue consiguiendo mantener los logros alcanzados durante los años previos en el ámbito de la salud comunitaria, avanzando de manera significativa en la consolidación de las líneas de acción estratégicas identificadas durante la segunda fase.

Gracias a todo este trabajo, se ha avanzado de forma significativa en el conocimiento y la identificación de necesidades y problemas de salud de los territorios, así como en el establecimiento de prioridades y objetivos comunes de intervención en el ámbito de la salud. Los equipos ICI consiguieron, por lo tanto, el fortalecimiento, ampliación y consolidación de las relaciones y alianzas con los tres protagonistas con el fin de asegurar la sostenibilidad de las acciones en marcha y la viabilidad de una programación comunitaria consensuada.

Por otra parte, la consolidación del proceso comunitario tras tres años de trabajo intenso, junto con los frutos que él mismo va dando y la difusión de los resultados, parece suponer un aval que anima a administraciones y profesionales sanitarios a mantener su participación e implicación en dicho proceso.

En síntesis y de forma general, pueden señalarse como logros alcanzados en este proceso:

3.1

Consolidación de las bases y fundamentos de la salud comunitaria

A lo largo de la primera etapa del Proyecto ICI, se ha conseguido incorporar las bases conceptuales y metodológicas de la salud comunitaria en la praxis de los equipos ICI, en la medida en que, junto con los agentes del territorio, vislumbraron las potencialidades de la propuesta basada en el modelo holístico, la salud en todas las políticas y la influencia de los determinantes sociales de la salud.

La línea de salud comunitaria se convirtió en transversal en muchos casos, incorporando acciones integradas e integrales, tanto en la línea de acción global (LAG) como en el resto de las líneas de acción específicas (LAE), inspiradas en dicho modelo, así como desde una perspectiva específica, a través del trabajo concreto desarrollado con los recursos del ámbito de la salud –responsables de Administración, técnicos– y ciudadanía.

La salud del territorio ocupa uno de los centros de atención en todo este trabajo en la medida en que, en el avance del Proyecto ICI, se fue integrando el enfoque de la salud comunitaria y la promoción de la salud, consiguiendo incorporar e implicar a los recursos sanitarios, sus responsables y la propia ciudadanía en la reflexión-acción y, por lo tanto, praxis.

3.2

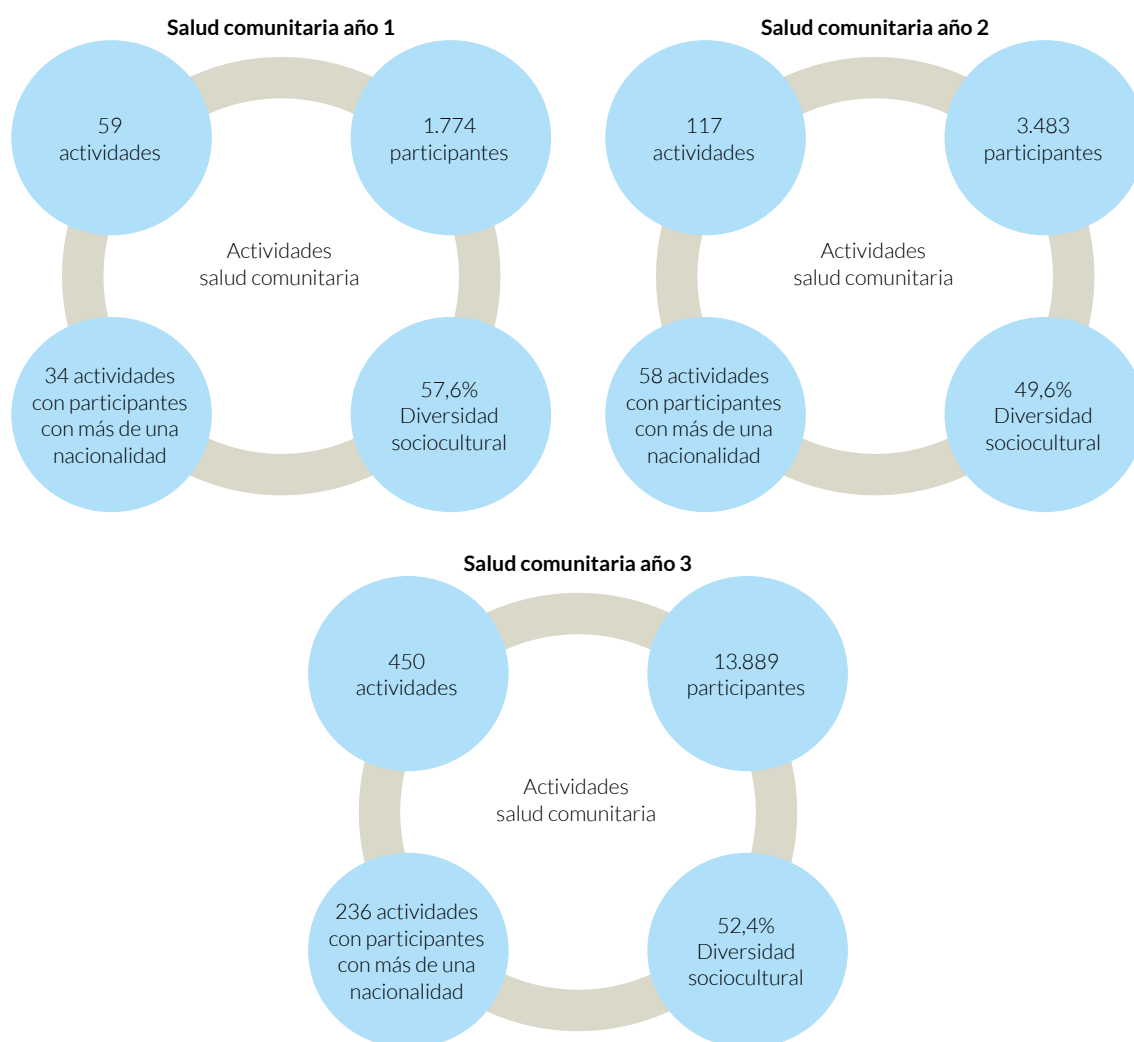
Implicación progresiva de agentes del territorio en la salud comunitaria intercultural

En el transcurso y despliegue de las diferentes fases del Proyecto ICI, se incrementó de manera notoria el número de participantes en las actividades dirigidas a estos tres colectivos: familia, infancia y juventud.

Los equipos ICI alcanzaron el reto de posibilitar que, en los espacios de relación de los diferentes sectores y en el diseño y programación de las actividades tanto en el ámbito de la salud comunitaria como en el resto de las líneas de acción –educación y relaciones ciudadanas–, el papel de los tres protagonistas –representantes de la Administración, técnicos y ciudadanía– fuese más activo y comprometido, quedando el papel de los equipos ICI en un plano más secundario, de cara al mantenimiento y la sostenibilidad de los procesos desarrollados.

En el siguiente gráfico puede apreciarse el incremento exponencial en el número de participantes en las actividades desarrolladas en los territorios a lo largo de los tres años y la diversidad sociocultural de los mismos.

Gráfico nº 4. Actividades y participantes en actividades de salud entre los años 2010 y 2013



Fuente: IMEDES-UAM (2013). *Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Informe general de evaluación del 3º año de intervención*. Madrid: Obra Social "la Caixa".

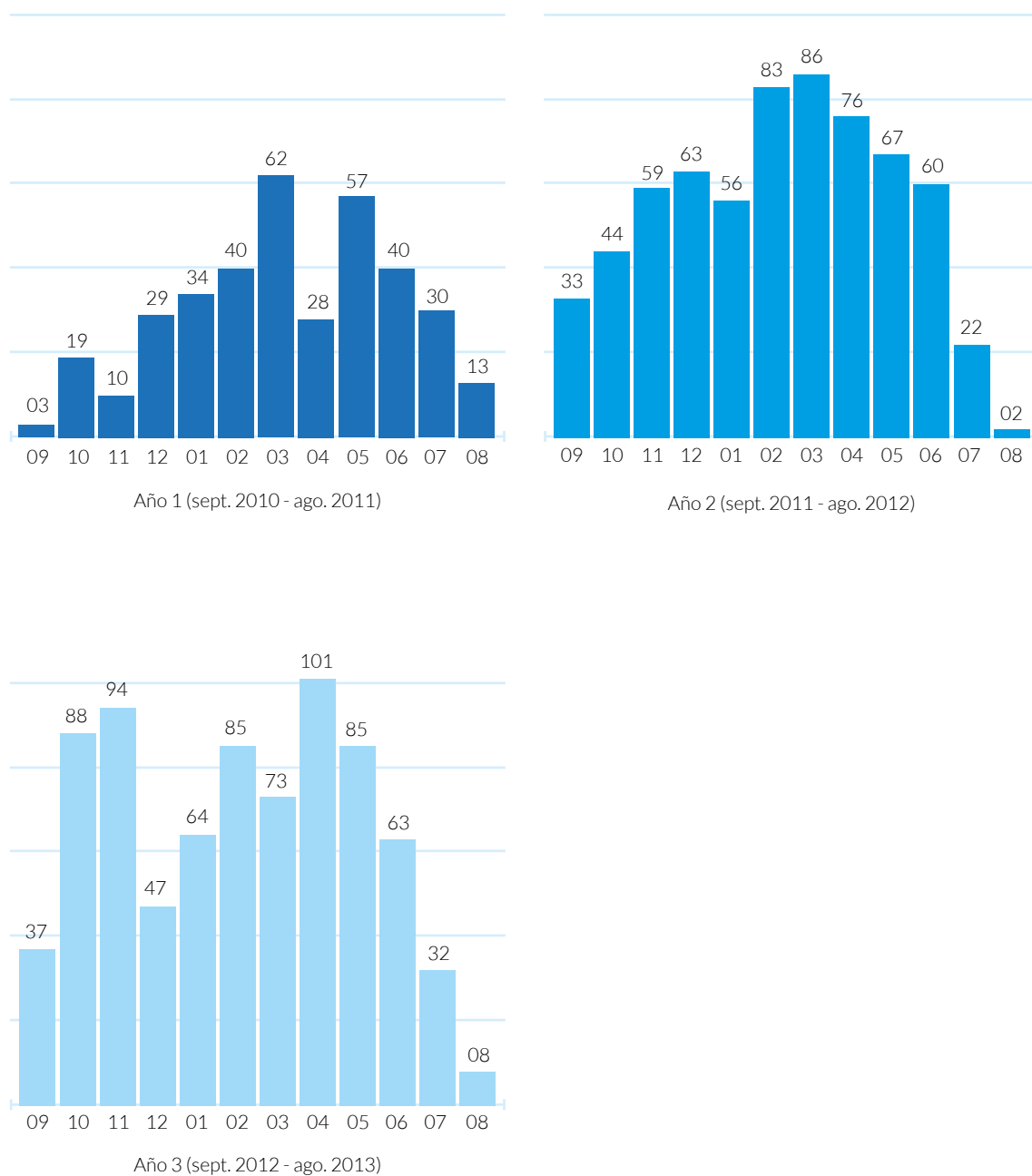
3.3

Incremento notorio de la actividad en el ámbito de la salud comunitaria intercultural

El balance de la actividad y las intervenciones llevadas a cabo por los equipos ICI en los territorios han sido altamente positivas no solo por el número de iniciativas generadas y mantenidas a lo largo de la primera etapa, sino también por haber conseguido atender y compaginar las demandas y ritmos intensos y diversos de las diferentes líneas de intervención y por el carácter de dichas intervenciones, lo que ha permitido avanzar y profundizar en los principales ejes de acción: intersectorialidad, empoderamiento y promoción de la salud.

Se constata a través del registro de datos el incremento notorio de actividades que se produce a partir del segundo año en el ámbito de la salud, manteniéndose en el tercer año, salvo el decremento de la actividad durante las vacaciones navideñas y veraniegas y en el periodo estival, en el que el volumen de actividad cae para todas las líneas del Proyecto ICI.

Gráfico nº 5. Balance de actuaciones en salud comunitaria. Evolución mes a mes por año



3.4

Fortalecimiento del trabajo intersectorial y cooperativo

Los recursos de salud de los diferentes territorios se fueron conectando e implicando paulatinamente en el proceso de intervención comunitaria intercultural propiciado por los equipos ICI, a través de diferentes vías que en muchos de los casos han resultado complementarias, mediante su colaboración y/o implicación en los espacios técnicos de relación (ETR) y también a través de su participación e implicación en espacios específicos de salud existentes o creados.

Al final del tercer año se habían ampliado y consolidado los espacios de relación ya existentes con los tres protagonistas, contando prácticamente todos los territorios con ETR, en los que participaban profesionales del sector sociosanitario, ya fuera en el espacio global y/o en el núcleo motor.

También en la práctica totalidad de los territorios se cuenta con una o más estructuras participativas específicas en salud comunitaria. En dichas estructuras, participan con mayor o menor implicación técnicos del ámbito sociosanitario –municipio y autonomía–, representantes de la Administración –Local o de distrito– y, en muchas ocasiones, también ciudadanía –organizada o a título personal–, asociaciones, voluntarios, etc.

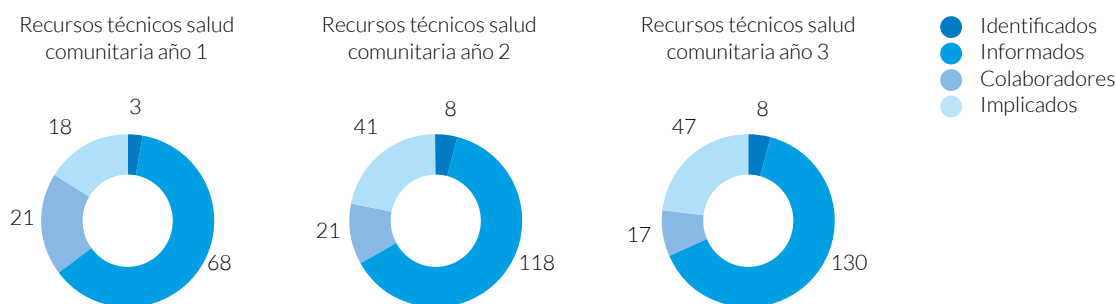
La situación de estas estructuras al final del tercer año, en síntesis, es la siguiente en los territorios de intervención de las distintas comunidades autónomas:

- *Cataluña - Clot: Espacio de Comidas Saludables Interculturales* –recursos técnicos y voluntarios– y *Grupo de Salud Mental y Escaleras* –implica a los tres protagonistas.
- *Cataluña - Nou Barris: Grupo Motor en Salud y Grupo de Trabajo para la Escuela de Soporte Familiar.*
- *Cataluña - Raval: Grupo de Seguimiento de Salud Comunitaria* y subcomisiones de salud mental, salud sexual y reproductiva y mayores –recursos técnicos y entidades sociales.
- *Cataluña - Salt: Grupo de Trabajo para la Acción en Salud Comunitaria*; propuesta de incorporar a técnicos del Servicio Regional Girona y trabajo para consolidarlo como órgano relevante para la Administración Local.
- *Cataluña - Tortosa*: implicación de los técnicos y profesionales del ámbito de la salud comunitaria en el ETR ciudad y en el Programa 6-16, en el que se intenta implicar a los jóvenes y sus familias, de modo que en este punto confluyan las líneas específicas en la línea global.

- *Valencia - Elche: Comisión de Salud* –técnicos y ciudadanía–, organización de jornadas de salud, implementación de acciones de promoción de la salud, conexión con la Administración.
- *Valencia - Paterna: mesas de trabajo comunitario en salud y mesa de trabajo técnica en salud*, dedicada sobre todo al diagnóstico. Decidió centrarse por consenso en salud, específicamente en prevención y promoción de salud y en ocio y deportes.
- *La Rioja - Logroño: Espacio de Encuentro en Salud Comunitaria y Grupo Ciudadano de Salud* –técnicos y ciudadanía– muy activo, diversidad aportada a los encuentros y acciones.
- *Aragón - Zaragoza: Comisión de Salud Comunitaria y Medio Ambiente de la Carrera del Gancho, Comisión de Limpieza, Salud Comunitaria y Medio Ambiente del Casco Histórico* –técnicos y ciudadanía organizada.
- *Canarias - San Bartolomé: comisiones para la elaboración del diagnóstico de la zona básica.*
- *Andalucía - Granada: Espacio Motor de Salud Comunitario* –técnicos y ciudadanía–, consolidación de mesas de aprendizaje cooperativo.
- *Andalucía - Ejido: Comisión de Salud y Participación* –técnicos y profesionales, tejido asociativo–. Avances con dificultades por los recortes de personal.
- *Andalucía - Jerez: Comisión Técnica de Salud.* Se desmonta este espacio técnico de relación por considerar que el área de Bienestar Social, Igualdad y Salud de la Administración Local duplica sus funciones tras su incorporación en el RELAX (Red de Espacios Locales de Acciones en Salud).
- *Madrid - Getafe: Equipo Comunitario y Grupo de Salud Comunitaria* –recursos sociosanitarios, representantes de la Administración, técnicos, miembros de asociaciones y personas a título individual.
- *Madrid - Pueblo Nuevo: Mesa de Salud* –técnicos del Servicio Madrileño de Salud, Centro Municipal de Salud y Servicio Territorial de Salud Pública– y *Mesa Socioeducativa* –representantes de centros educativos, del Servicio Madrileño de Salud, del Centro Municipal de Salud y del Servicio Territorial de Salud Pública.
- *Madrid - Leganés: Aprendizaje y Servicio (ApS) Salud y Solidaridad*, creación de un espacio técnico con implicación de técnicos de las diferentes administraciones, participación en la mesa de salud escolar.

Los gráficos siguientes muestran cómo fue variando el número de recursos técnicos del ámbito de la salud identificados, informados, colaboradores e implicados en el transcurso del primer al tercer año, dándose un incremento sucesivo en estos últimos, pese a que las condiciones actuales de recortes y ajustes en el sector salud mencionadas no propician ni facilitan en modo alguno la dedicación de los profesionales al ámbito comunitario.

Gráfico nº 6. Evolución de los recursos técnicos de salud



Fuente: IMEDS-UAM (2013). *Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Informe general de evaluación del 3º año de intervención*. Madrid: Obra Social "la Caixa".

3.5

La monografía comunitaria, el diagnóstico y la programación y consolidación de alianzas entre los tres protagonistas

La conformación y consolidación de espacios de trabajo y cooperación sostenida entre los diferentes recursos y agentes del territorio implicados en el ámbito de la salud ha permitido avanzar en el conocimiento, la identificación de necesidades y problemas de salud y el establecimiento de prioridades y objetivos comunes para la intervención y el abordaje integral de los mismos, con la finalidad de mejorar la salud del territorio.

El proceso de trabajo seguido para la elaboración, consenso y socialización, tanto de la monografía comunitaria en un primer momento como del diagnóstico y la programación en un segundo lugar, así como la preparación de los encuentros comunitarios correspondientes, han facilitado un sustrato de oportunidad, refuerzo y continuidad al trabajo colaborativo y en red de los profesionales sanitarios con el resto de los actores del territorio implicados en la promoción de la salud, suponiendo un impulso fundamental para el avance y refuerzo del trabajo intersectorial y cooperativo entre administraciones, recursos técnicos y, especialmente, para la participación de la ciudadanía.

En dichos espacios se ha podido aportar, analizar y reflexionar de forma conjunta sobre las necesidades de salud del territorio entre los propios profesionales sanitarios, con otros técnicos de los otros sectores y con la ciudadanía, lo que aporta una visión de conjunto y más contextualizada a la hora de decidir prioridades. La puesta en común, el aporte y la contribución de los diferentes actores y sectores han revestido, en todos los casos, un fuerte carácter simbólico.

La situación de reestructuración del sistema sanitario y educativo vinculada a la crisis, que está siendo telón de fondo en el segundo y tercer año del Proyecto ICI, y los continuos recortes en los servicios sociales y sanitarios, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo en los profesionales, han supuesto como se viene mencionando una clara amenaza de retroceso en la implicación de los técnicos en los espacios de trabajo intersectorial y comunitario. Sin embargo, no sin dificultad, se han mantenido los logros conseguidos durante los años previos en el ámbito de la salud comunitaria, avanzando de forma significativa en las líneas estratégicas identificadas.

3.6

Avances en las líneas prioritarias de acción en salud comunitaria intercultural

La diversidad de experiencias e iniciativas desarrolladas desde el Proyecto ICI en salud comunitaria en los diferentes territorios de intervención fue enormemente variada y novedosa, lo que precisó durante la segunda fase, como se ha señalado, la identificación de las líneas estratégicas de acción en este ámbito y de los modelos de referencia en los que poder enmarcar dicha variedad de propuestas, a fin de manejar una nomenclatura común en su definición, sistematizar su contenido y definir los requisitos precisos para su implementación, acordes con los fundamentos del Proyecto ICI. Dichas líneas se concretaron en territorio saludable, escuelas promotoras de salud, agentes de salud de base comunitaria y acciones promotoras de salud en colectivos. El análisis de los avances y logros alcanzados en dichas líneas durante la primera etapa del Proyecto ICI, a partir de los comentarios realizados por los propios equipos profesionales, deja patente su riqueza y progresión.

Territorio saludable

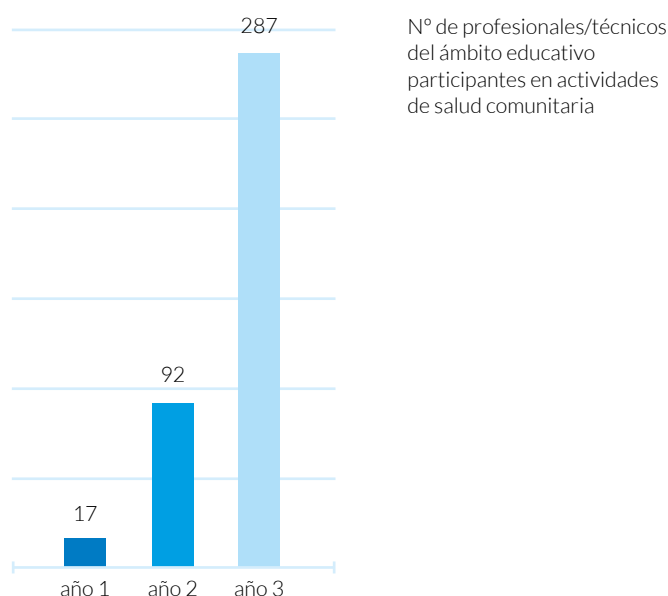
Distintos territorios –Raval, Jerez, Zaragoza, Leganés, Madrid, Paterna– desarrollaron acciones

inspiradas en el modelo denominado «territorio saludable y responsable», tendentes a la mejora del entorno y la calidad de vida de la ciudadanía a través del trabajo conjunto y la implicación de las personas que forman parte del mismo. Acciones para la sostenibilidad ambiental, la participación de los agentes comunitarios en el mantenimiento de entornos saludables, el compromiso y el trabajo intersectorial entre administraciones para mejorar las condiciones de vida y trabajo en el barrio, la gestión de espacios de ocio comunes para la convivencia, son metas de este modelo. Algunos ejemplos que sirven de botón de muestra son los siguientes:

- Barcelona (Raval): concesión del primer premio a la excelencia empresarial y al territorio socialmente responsable en el Raval, organizados por Xarxa Laboral, cuyo objetivo es la sensibilización de los agentes del territorio para contribuir a la mejora del entorno y la calidad de vida de la ciudadanía y el compromiso individual o colectivo hacia el bienestar del barrio. En su tercera edición, se concedió a las acciones impulsadas desde el Proyecto ICI en apoyo a los mayores desde las farmacias: www.youtube.com/watch?v=xlbr-r0niDc.
- Zaragoza: trabajo desarrollado por el equipo ICI para que en el Plan Integral del Casco Histórico se contemple la salud comunitaria como uno de sus ejes de trabajo, y la consolidación de la Comisión de Salud Comunitaria de la Carrera del Gancho como un espacio de coordinación y participación estable para impulsar proyectos de promoción de la salud con implicación creciente de recursos.
- Madrid (Leganés): se constata el impulso desde la Concejalía de Asuntos Sociales, y a través de su Área de Promoción de la Salud, de actuaciones de promoción de ocio saludable para las familias con mensajes orientados a la mejora de hábitos, como se reflejó en la Jornada La Familia Recicla «Separemos bien, reciclamos mejor».

Escuelas promotoras de salud

Prácticamente todos los equipos han desarrollado acciones de promoción de la salud en la escuela, incrementándose estas de manera significativa durante la primera etapa, así como las sinergias entre ambos ámbitos.

Gráfico nº 7. Profesionales del ámbito educativo

Fuente: IMEDES-UAM (2013). *Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Informe general de evaluación del 3º año de intervención*. Madrid: Obra Social "la Caixa".

Cabe resaltar la participación de los técnicos de salud en las estructuras de coordinación –mesas socioeducativas–, la de los técnicos del ámbito educativo en actividades de salud –como puede apreciarse en el gráfico– y la implementación de acciones intersectoriales –sector sanitario, educativo, municipal, menor y familia, entidades sociales, etc.–. Aunque no puede hablarse de un desarrollo completo del modelo de escuelas promotoras de salud, en algunos casos se han dado avances importantes en esta línea hacia dicho modelo. Algunos ejemplos de ello:

- Madrid (Pueblo Nuevo): hitos fundamentales han sido la integración de los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid –Servicio Madrileño de Salud– en el espacio técnico de relación; la mesa socioeducativa y su participación en las actividades de promoción de la salud y prevención desarrolladas en colegios e institutos de forma coordinada con el Centro Municipal de Salud –proyecto Salud a Punto–. Así mismo, destaca la puesta en marcha del proyecto de educación para la salud en un CEIP del territorio, inspirado en el modelo de escuelas promotoras de salud, que ha servido de modelo de actuación y referente de buenas prácticas para los recursos técnicos integrantes de la mesa socioeducativa.
- Elche (Carrús): se vinculan los recursos técnicos de salud en la escuela abierta de verano, realizando talleres de primeros auxilios para monitores por parte del centro de salud del Carrús,

de educación sexual y afectividad por parte de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, de cuidado con el sol en verano por parte del Hospital del Vinalopó, sobre prevención de adicciones por parte de Proyecto Hombre, sobre salud y alimentación por parte del Centro de Salud Pública, y de cocina saludable por parte de la Associació per al Desenvolupament Rural del Camp d'Elx, la Associació de Restaurants del Camp d'Elx y Vinalopó Salud.

- Madrid (Getafe): mediante el trabajo conjunto entre el Centro Municipal de Salud y el Centro de Salud de Las Margaritas fueron diseñados e impartidos conjuntamente talleres de educación sexual en los centros educativos del barrio.
- Lanzarote (San Bartolomé): se ha potenciado la vinculación entre centros educativos y recursos sanitarios de cara al curso académico, como consecuencia del proceso del conocimiento compartido vinculado con la programación comunitaria –impulso de alternativas educativas y saludables desde el ocio, el deporte y el tiempo libre, generando espacios de encuentro en el ámbito comunitario.

Agentes de salud de base comunitaria

La figura de los agentes de salud ha adquirido un desarrollo notorio en los diferentes territorios, proyectándose hacia diferentes figuras que se han ido consolidando en la segunda y tercera fase. Durante el segundo año, se trabajó para definir y diferenciar adecuadamente estas diferentes figuras según ciertas características –contextos, funciones, campos de acción, etc.– a fin de poder establecer de manera clara las especificidades de las mismas. Algunos ejemplos que ilustran los logros alcanzados son:

Valencia (Paterna): se continuó implementando la figura ajustada al modelo propuesto de agente de salud de base comunitaria (ASBC), con la incorporación de nuevos agentes formados como ASBC, que desarrollan acciones saludables de información, acompañamiento y promoción de la salud en el barrio.

En otros territorios, se han desarrollado y consolidado otras figuras, como la red de agentes de salud comunitaria Vip's Gold, apoyada por el equipo de Salt o los agentes comunitarios de Tortosa:

Los jóvenes agentes de salud Vip Premium, más allá de las edades, procedencias y/o problemáticas de salud específicas, han reflexionado sobre las necesidades educativas complementarias a la escuela de los niños y niñas de su barrio y municipio, y su aportación y vinculación en el mismo. Con ello, han creado un proyecto común para la mejora de las condiciones en que estos utilizan el espacio público. Además, desde y en igualdad de condiciones han podido promocionar con éxito nuevas pautas de conducta de las personas, facilitando así relaciones interculturales entre jóvenes, infancia y familias que favorecen la convivencia. (Girona, Salt)

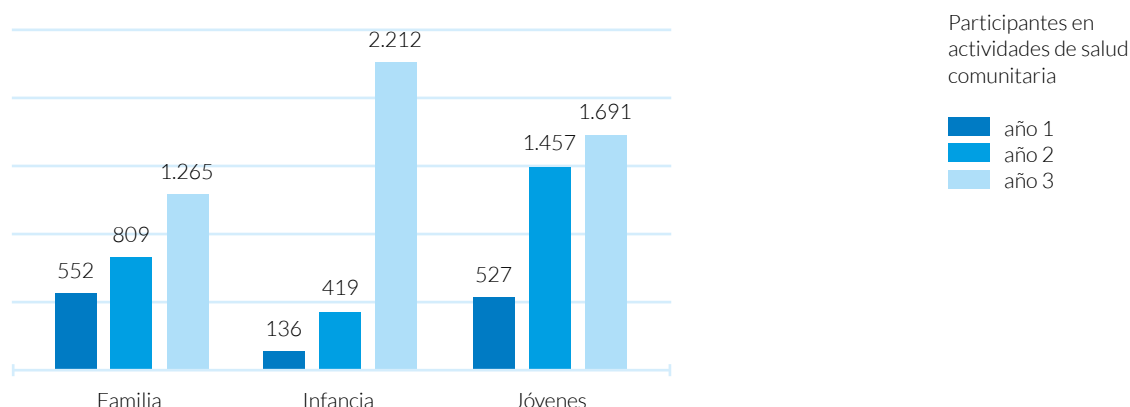
Se continua el trabajo con jóvenes, participando en sus espacios informales: seguimos cuidando las relaciones con la primera cantera de jóvenes universitarios y universitarias de origen amazic en la ciudad de Tortosa con el objetivo de mejorar el comportamiento y la actitud de los jóvenes a través de la interiorización de las habilidades mediadoras y el diálogo cooperativo, intentando que estos jóvenes sean líderes dentro de la comunidad, capaces de generar transformación de apertura intercultural dentro de su propia comunidad de origen y como ejemplo positivo a las generaciones del futuro, además de ser agentes facilitadores y agentes educativos dentro de la comunidad y fuera de ella. Algunos de estos jóvenes se han implicado como voluntarios en la acción global ciudadana (ArtXi-Barri) y también en la escuela abierta de verano. (Tarragona, Tortosa)

Acciones promotoras de salud en colectivos

En todos los territorios se han desarrollado experiencias promotoras de salud dirigidas a diferentes colectivos y en relación con diferentes temáticas de interés en el territorio.

El gráfico siguiente muestra cómo se incrementó de manera notoria el número de participantes en las actividades dirigidas a estos tres colectivos: familia, infancia y juventud. Durante el tercer año resulta especialmente significativo el incremento en las actividades dirigidas a la infancia, en que se quintuplicó el número de participantes.

Gráfico nº 8. Participantes en actividades de salud comunitaria



3.6.1 Otros logros significativos en promoción de la salud

Además de los avances señalados en las líneas prioritarias de acción en salud, cabe reseñar los progresos que se producen en los territorios, en relación con iniciativas en las que se da una mayor implicación de los centros de salud y la inclusión de la promoción de la salud en diferentes áreas de interés identificadas. Veamos algunos ejemplos, en los que toman la palabra los propios equipos reflexionando sobre ello:

Los centros de salud abiertos a la comunidad

Pese a las dificultades que atraviesan los centros de salud y los equipos de atención primaria, ligadas a los recortes, las implicaciones del RDL del 2012 y la sobrecarga asistencial, se mantuvo, prácticamente en todos los territorios, la implicación de los centros de salud y los profesionales sanitarios en acciones comunitarias de promoción de la salud, tendentes al modelo de centros abiertos a la comunidad.

El aumento significativo de las actividades que realiza el centro de salud en el barrio –donde antes no realizaba ninguna– o la participación e iniciativas en las reuniones de técnicos y ciudadanía en la realización del diagnóstico comunitario nos dan indicadores del proceso comunitario en salud. Poco a poco los recursos van asumiendo la realización de diferentes acciones encaminadas a la promoción de la salud y son capaces de vincularlas entre sí para que se convierta en la estrategia común, que será la programación comunitaria. (Alicante, Elche)

Inclusión de la promoción de la salud en diferentes experiencias

Como se viene señalando, la promoción de la salud ha tomado relevancia en el entramado de acciones implementadas y mantenidas durante la primera etapa, tal como puede apreciarse a través de los siguientes ejemplos.

— Promoción de las relaciones intergeneracionales

El Espacio de Comidas Interculturales generado por el Clot para trabajar los hábitos alimenticios saludables, en colaboración con el CAP Clot, también promueve las relaciones intergeneracionales e interculturales en las mismas sesiones, contando con la participación de personas más jóvenes y de procedencias diversas. (Barcelona, Clot)

— Promoción de la salud emocional en jóvenes

Se continúa en Tortosa el trabajo específico con jóvenes y la actividad vinculada a la montaña como experiencia piloto. Se utiliza la escalada y la montaña como instrumentos para trabajar la salud

socioafectiva de estos jóvenes propiciando situaciones que, siendo lejanas a su vivencia diaria, les coloca en una posición en la que entran en juego elementos tan importantes como la gestión de las emociones –control del miedo, autoestima, confianza en el otro...–. Ha sido interesante la experiencia de trabajar los determinantes sociales de la salud comunitaria a través de la montaña y la escalada y todo lo que implica en el sentido emocional y afectivo. (Tarragona, Tortosa)

— **Convivencia intercultural y promoción de la salud**

La actividad más importante y simbólica llevada a cabo en la presente línea este trimestre ha sido la jornada de convivencia de Ramadán, un espacio de encuentro y de relación de técnicos y ciudadanía en el territorio, de sensibilización, promoción y información de salud en ramadán y también la oportunidad de degustar diferentes platos de comidas típicas en estas fechas y su beneficio para la salud. Hubo también en esta jornada unas charlas sobre el ramadán, su significado y beneficios saludables y consejos a seguir –ya que este año coincide en pleno mes caluroso de verano–, destacando también la convivencia interreligiosa en las Norias de Daza. (Almería, Ejido)

— **Acción integrada de promoción de la salud**

Hemos finalizado la experiencia por segundo año consecutivo de la iniciativa «Por un millón de pasos» con los colectivos de la zona sur, y la nueva que se ha iniciado este año, dirigida a los centros de educación de primaria. Dicha acción está enmarcada dentro del Plan Integral de Obesidad Infantil, y ha promovido una dinámica activa de promoción de la salud en la que se han implicado diferentes agentes educativos y de ciudadanía, como profesorado, dirección, madres y padres delegados, AMPA, familiares del alumnado a título individual y un total de más de 400 alumnos y alumnas de los diferentes centros educativos. (Jerez)

La VI Mesa de Aprendizaje Cooperativo ha consolidado aún más el proceso de los hitos de salud con la plusvalía de que esta vez, al ser en formato tertulia comunitaria, ha favorecido una mayor implicación de la ciudadanía en el proceso comunitario. (Granada)

Elaboración de materiales de información, comunicación y educación en salud

Durante el tercer año, se continuó avanzando en el diseño y la elaboración conjunta de materiales de información, comunicación y educación para la salud relevantes: guías de recursos, protocolos de derivación, folletos educativos, hojas informativas, magazine, mochilas saludables, recetarios interculturales, audiovisuales, cortos documentales, cápsulas y contenidos de salud para radio.

En síntesis, los logros alcanzados han permitido:

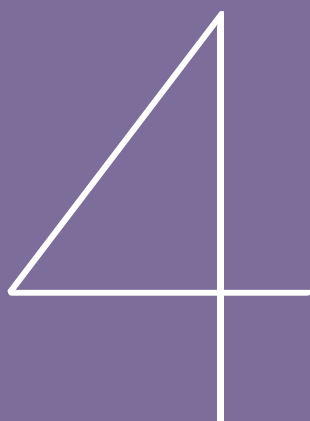
- La identificación de la salud como un valor colectivo de la comunidad sobre el que contribuyen tanto actores políticos como profesionales y población.

- La implicación de las administraciones locales y de las administraciones sanitarias y educativas, fundamentalmente, en las iniciativas de trabajo.
- El fomento del sentimiento de pertenencia local a través de la implicación de la comunidad en acciones de mejora de la salud.
- La articulación de la participación de la población con profesionales en el desarrollo de políticas públicas de salud.
- La implicación de asociaciones y ciudadanía en el desarrollo de acciones de promoción de la salud en la comunidad.
- El desarrollo de trabajo interdisciplinar a través de espacios de encuentro y el desarrollo de iniciativas coordinadas entre recursos públicos y privados.

En el cuadro siguiente, se muestra un panel que recoge algunas de las iniciativas desarrolladas en el ámbito de la salud comunitaria intercultural y la promoción de la salud por cada uno de los territorios, que, sin pretender contener la riqueza de experiencias mencionada, puede ofrecer una panorámica de los procesos y temáticas abordadas.

Tabla nº2. Panel de iniciativas en salud comunitaria por territorios

Territorio	Iniciativas
Barcelona - Clot	Alimentación saludable. Espacios de Comidas Saludables Interculturales, recetarios.
Barcelona - Raval	Territorio socialmente responsable. Monografía y prioridades en salud.
Barcelona - Nou Barris	Salut als Barris. Competencias parentales y estilos de vida saludables en jóvenes.
Tarragona - Tortosa	Salud socioafectiva en jóvenes. Mediación y agencia de salud a través del deporte y la montaña.
Girona - Salt	Jóvenes agentes de salud y aprendizaje y servicio (Plan de Salud Joven) por la convivencia.
Almería - Ejido	Espacio «A tu salud». Promoción de la salud y acción conjunta entre ciudadanía y profesionales.
Cádiz - Jerez	«Por un millón de pasos». Los tres agentes implicados en acciones promotoras de salud en la zona.
Granada - Distrito Norte	Mesas de aprendizaje cooperativo. Coloquios grupales mixtos ciudadanía-técnicos.
Madrid - Pueblo Nuevo	Mesas de salud y educación. Salud a Punto en centros educativos y escuela promotora de salud.
Madrid - Leganés	Aprendizaje y servicio en salud. Guía de alimentación saludable y compromiso social. Recetario popular saludable.
Madrid - Getafe	Grupos de salud comunitaria. Vecinos y profesionales. Talleres de salud en centros educativos. Guía de recursos sociosanitarios.
Alicante - Elche	Aprendizaje y servicio. Alfabetización y comunicación para la salud a través de la radio. Programas de radio y jóvenes.
Valencia - Paterna	Agentes de salud de base comunitaria. Formación de agentes, realización de acciones promotoras de salud.
Logroño	Grupo ciudadano de salud. Coordinación de acciones culturalmente adaptadas sobre alimentación saludable en el barrio.
Lanzarote - San Bartolomé	Promoción de la salud. Huerto medicinal. Acciones para el cuidado del entorno desde escuela, familias y comunidad.
Zaragoza	Construcción del Decálogo Saludable Infantil y Juvenil. Comisión de Salud y Medio Ambiente Carrera del Gancho. Huerto urbano.
Ciudad Real - Daimiel	Proyecto intergeneracional y aprendizaje y servicio.



¿Qué aprendizaje hemos extraído?
Algunas recomendaciones para
mejorar la intervención en salud
comunitaria intercultural

El ámbito de la salud es propicio para el desarrollo de procesos comunitarios

El desarrollo del Proyecto ICI en los diferentes territorios ha demostrado que el ámbito de la salud, entendido en su sentido holístico e integral, es un campo propicio para el desarrollo de procesos comunitarios. Como hemos venido señalando, la salud, el bienestar, la mejora de la calidad de vida de una comunidad en colectivo, son un terreno sensible para generar procesos de diálogo, encuentro, consenso y acción colaborativa a escala local.

Efectivamente, tal como se ha evidenciado en el Proyecto ICI, la salud es un asunto transversal al resto de los ámbitos que constituye una preocupación para administraciones, técnicos y ciudadanía, por lo que sirve de causa argumental, tema de interés común que congrega, favorece la concertación y el trabajo colaborativo de los distintos actores del territorio.

Asimismo, han quedado patentes las relaciones entre convivencia y salud colectiva, entendida como un capital social que se alimenta e incrementa con la existencia y fortalecimiento de redes de solidaridad, de amistad y de reconocimiento y apoyo.

La incorporación del enfoque de equidad y la salud como derecho

A principios de siglo, en el ámbito de la salud pública, a la vista del análisis de las tendencias sociodemográficas, epidemiológicas y sociales, se identificaron tres áreas prioritarias: el envejecimiento –la atención a la cronicidad y la dependencia–, las migraciones y la gestión de la diversidad –desde el punto de vista social y específicamente en el terreno sanitario– y las desigualdades en salud. Una década después, teniendo presente los efectos de la crisis y las políticas de recortes en ámbitos clave, algunas de las cuestiones fundamentales siguen teniendo que ver con:

- El incremento notorio de las desigualdades sociales en salud y los nuevos grupos sociales que se han empobrecido, han perdido derechos y redes de relación.
- Las situaciones ligadas al envejecimiento –la cronicidad, la dependencia, el cuidado y los cuidadores.
- La situación de vulnerabilidad de la infancia y la juventud. Los problemas de salud mental –malestares cotidianos, medicalización, intentos de suicidio, redes de apoyo social.
- Las situaciones ligadas al tema migratorio –inmigraciones y emigraciones– que es preciso reactualizar por los cambios que se están produciendo.

Muchas de las prioridades identificadas en las monografías, diagnósticos y programaciones comunitarias desarrolladas desde el Proyecto ICI en los territorios apuntaban al abordaje de estos aspectos, siendo preciso tener presente este trasfondo y seguir trabajando y avanzando para hacer efectivo el enfoque de equidad a fin de generar procesos de empoderamiento comunitario, paliar las situaciones de inequidad y dirigir las intervenciones sobre aquellos colectivos que más lo necesitan.

La implicación de los profesionales de la salud en la acción comunitaria

En la medida que el Proyecto ICI incorpora la promoción de la salud como uno de los ejes de la acción, ello ha posibilitado conectar a los recursos sanitarios en un área que, aunque en la cartera de servicios a penas se le da espacio, constituye un aspecto esencial de la salud comunitaria, propiciando continentes y oportunidades para el desarrollo de acciones en las que los profesionales sanitarios pueden aportar mucho desde su función promotora y educadora en salud.

Señalamos cómo la situación de reestructuración del sistema sanitario y educativo vinculada a la crisis, que ha estado como telón de fondo del Proyecto ICI y los continuos recortes en los servicios sociales y sanitarios, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo en los profesionales, ha supuesto como se viene mencionando una clara amenaza de retroceso en la implicación de los técnicos en los espacios de trabajo intersectorial y comunitario.

Sin embargo, no sin dificultad, hemos visto cómo se han mantenido los logros conseguidos durante los años previos en el ámbito de la salud comunitaria y se ha avanzado de manera significativa en la consolidación de las líneas de acción a lo largo del Proyecto ICI. Es clave, en este sentido, trabajar para superar las amenazas ligadas a la situación de los profesionales sanitarios. Existe la necesidad de aval y apoyo de la Administración para el trabajo comunitario, no caer en el voluntariado, mantener la continuidad de los procesos, ganar terreno al asistencialismo, reforzar su función, etc.

Por otra parte, en la medida en que el proceso comunitario fue arraigándose y consolidándose en los territorios, gracias al intenso trabajo inespecífico implementado y mantenido a lo largo de los tres años por los equipos ICI, en colaboración con los agentes clave del territorio –Administración, técnicos y ciudadanía–, las propias administraciones y los profesionales de la salud, a la vista de los avances y frutos resultantes, fueron haciendo suyo este proceso que reforzaba y añadía valor a su función, lo cual está suponiendo un aval que anima a unas y otros a mantener su participación e implicación.

El proceso formativo es clave para la conformación y acción de los equipos

Resultó fundamental para la puesta en marcha y desarrollo del Proyecto ICI contar con el tiempo y los espacios necesarios para el despliegue del trabajo de formación conceptual y metodológica que los equipos precisaban para incorporar y operativizar las bases de la salud comunitaria intercultural, como parte de la programación e intervención en el territorio. Es imprescindible llevar a cabo este proceso formativo en paralelo y como apoyo al desarrollo de la acción de los equipos ICI en el terreno, adaptando los contenidos y metodologías didácticas a los requeri-

mientos y demandas que las diferentes fases del Proyecto ICI exigían. Estos espacios de formación se fueron transformando en el tiempo, demandando los equipos la posibilidad de compartir y discutir las diferentes experiencias en marcha y la incorporación de contenidos específicos que alumbrasen la gestión de los retos propios de los territorios.

De cara a la segunda etapa, es preciso considerar las necesidades de formación/conformación de las nuevas estructuras y equipos encargados del desarrollo y sostenibilidad de los procesos comunitarios en los diferentes territorios, específicamente de la programación comunitaria, teniendo en cuenta su nivel y ámbito de responsabilidad –estructuras locales mancomunadas (ERI), equipo comunitario–. La experiencia nos dice que es preciso contar con espacios de formación para que dichos equipos construyan su esquema conceptual referencial y operativo. Aunque se parte de toda la experiencia habida en la primera etapa, no hay que olvidar que las nuevas organizaciones y tareas precisan de estos espacios.

Cómo gestionar la complejidad en la intervención comunitaria

La intervención comunitaria implicó una gran complejidad de niveles y contextos en los que actuar, debiéndose establecer necesariamente objetivos claros para las diferentes fases en los procesos, criterios y límites en el despliegue de vínculos y relaciones, y en el establecimiento de compromisos y expectativas con y entre los actores del territorio con distintos intereses, de forma que no superasen la capacidad de acción de los equipos.

El hecho de compaginar los diferentes tiempos, dinámicas e intereses de las instituciones, entidades y técnicos con los planteados desde el propio Proyecto ICI ha puesto a prueba la capacidad de los equipos para atender y gestionar dicha complejidad. Algunos de los aspectos clave que han contribuido a esta labor son:

- El bagaje formativo y experiencial previo de los miembros de los equipos comunitarios en el campo de la psicología social comunitaria, la mediación, la interculturalidad, la pedagogía o la educación, el desarrollo comunitario, etc., todo ello ha resultado fundamental. En el caso del ámbito de la salud, pese a carecer de experiencia en el ámbito de lo sanitario, los equipos en general mostraron desde el principio una gran capacidad de penetración en el tejido comunitario y habilidades para moverse en la arena de las relaciones comunitarias, fruto seguramente del perfil y experiencia de sus integrantes, aspecto muy relevante para el Proyecto ICI dada la diversidad de ámbitos y actores con los que fue preciso trabajar.
- En la misma línea, se ha demostrado la importancia de pensar la estructura y organización interna de los equipos comunitarios y lo efectiva que la misma resulta para el despliegue de su acción en el territorio. En este sentido, resultó operativo que existiese un

responsable por cada ámbito. También fue fundamental establecer dinámicas que favoreciesen el establecimiento de sinergias entre los mismos. En la filosofía del Proyecto ICI, no se trataba tanto de la especialización de los referentes de cada ámbito, sino de integrar y sumar sus aportes.

- En el desarrollo del Proyecto ICI, se ha remarcado y evidenciado la relevancia que tiene incorporar y operativizar la teoría institucional. En el modelo planteado en la línea de salud comunitaria, se reconoce que para que una acción tenga enfoque comunitario tiene que contemplar diferentes ámbitos: individual, psicosocial, grupal, institucional y comunitario propiamente dicho. El reconocimiento de las diferentes dinámicas institucionales del territorio, organizaciones y funcionamiento, ideario y valores, los cuales atraviesan los técnicos que estas trabajan es clave.
- En el modelo ecológico en salud, por más que se haya conseguido incorporar una mirada del contexto comunitario más amplia, compleja y comprensiva, a menudo se olvida el plano institucional. En los procesos de desarrollo comunitario, tanto en el ámbito de la salud como en el resto de los ámbitos –educativo, social, participativo, etc.–, es preciso profundizar en la teoría institucional en tanto que ofrece base para la reflexión y orientaciones para el trabajo que se está llevando a cabo con los diferentes actores, dado que una parte sustancial del trabajo intersectorial implica gradientes diferentes e idealmente progresivos –según el esquema– de relación, cooperación, coordinación y trabajo integrado entre actores pertenecientes a diferentes instituciones y dispositivos comunitarios, que a su vez tienen diferentes culturas, ideario y valores, organización, funcionamiento, normas y dinámicas de relación, etc. No es lo mismo trabajar en/con el ámbito escolar en sus diferentes niveles que en/con el ámbito sanitario o en/con el ámbito asociativo. Dentro de cada uno de estos sectores es obligado tener en cuenta también las diferencias según sea público, privado, de pacientes o vecinal, etc.
- El mapeo, los sociogramas y la representación cartográfica de datos, de actores y de los diferentes recursos contactados según las áreas de trabajo/pertenencia en el territorio resultó una herramienta de apoyo muy útil a lo largo del Proyecto ICI. Estas herramientas facilitaron la comprensión del territorio como unidad de intervención y las relaciones entre profesionales y población en atención a los retos y oportunidades de salud, permitiendo explorar las acciones que despliegan, el tipo de relaciones que mantienen entre sí y con otros recursos y su aportación a la mejora de la salud del territorio según los ámbitos de acción correspondientes –sanitario, social, educativo, etc.–, estudiando la situación y alianzas del equipo ICI en dicha cartografía y, de acuerdo con ello, anticipando las oportunidades y amenazas para la consecución de los objetivos. Otra de las herramientas fundamentales ha sido la utilización de técnicas de dramatización en el desarrollo de las capacidades de los equipos de intervención comunitaria intercultural.

La cimentación y refuerzo del trabajo colaborativo entre ámbitos comunitarios

La intervención desarrollada ha mostrado la potencialidad que tiene el establecimiento de sinergias entre los diferentes ámbitos de actuación. Este es un aspecto que resultó clave, ya que, como se ha visto, pueden rentabilizarse los resultados en un ámbito –educación, salud– si buscamos las sinergias con el resto de los ámbitos. La realidad es que el sistema educativo y el sistema sanitario han llevado un desarrollo paralelo y, tradicionalmente, la escuela ha sido uno de los ámbitos de mayor interés para la promoción de la salud.

Uno de los retos más apasionantes y provechosos del Proyecto ICI es contribuir a superar una aproximación sectorial a los problemas y necesidades sentidas y expresadas por la comunidad que habita un territorio, para adentrarse en las vicisitudes de una aproximación holística e integral desde la que abordar los fenómenos de forma compleja. En el caso del Proyecto ICI, una aproximación holística e integral significa, por un lado, capacidad de articulación entre la línea global y las líneas sectoriales. Por el otro, capacidad de articulación entre las distintas líneas sectoriales.

Una tendencia emergente a lo largo de los tres años del Proyecto ICI ha consistido en ir tejiendo mayor complicitad entre las líneas sectoriales correspondientes a lo socioeducativo y a la salud comunitaria, de lo que se han derivado notables actuaciones en prácticamente todos los territorios.

La educación para la salud en la escuela es uno de los ámbitos prioritarios de los profesionales de la salud. Educación y salud están íntimamente ligadas en la medida en que la salud es un recurso para la vida diaria que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Además, se sabe que el nivel educativo es uno de los principales determinantes de la salud, y la buena salud es imprescindible para la consecución de unos buenos resultados educativos (Suhrccke y de Paz Nieves). Dentro del Proyecto ICI, desde el ámbito de la salud comunitaria, se entiende que la promoción de la salud se dirige a aumentar el control sobre los determinantes de la salud. Por lo tanto, la salud y bienestar de la comunidad educativa se relacionan con sentirse bien con uno mismo, con los demás y con el entorno.

De cara a la segunda etapa del Proyecto ICI, se plantea la necesidad de que estos dos ámbitos trabajen de manera más integrada. En el avance del Proyecto ICI, la salud comunitaria intercultural se ha ido incorporando en el entramado de la acción estratégica y programación comunitaria de manera integrada con el resto de las líneas. De cara a la segunda etapa habría que dar un salto más y pensar qué supone trabajar para acciones de cosalud-educación o coeducación-salud planteando experiencias que confluyan hacia acciones integradas entre los dos ámbitos.

Hablamos de acciones integrales de salud comunitaria intercultural y de acción educativa integrada y de las condiciones que deben darse para que puedan calificarse como tales. La propuesta es que se avance en esta sinergia creando acciones integrales e integradas que contemplen la colaboración y alianzas entre ambos sectores para reforzar resultados y multiplicar efectos en experiencias novedosas.

Por su lado, no cabe duda de que la colaboración entre relaciones ciudadanas y el ámbito de la salud es crucial, y no se le ha dado toda la visibilidad que contiene en los diferentes proyectos ni se ha analizado con detenimiento toda la potencialidad que está teniendo y puede tener. Es preciso detenerse en este aspecto y analizarlo a fondo, pues es clave para el refuerzo y desarrollo de la programación comunitaria en la segunda etapa.

El territorio como un ente vivo

En el Proyecto ICI se ha demostrado que para desarrollar trabajo comunitario en general, y específicamente el ámbito de la salud, es fundamental contemplar el territorio como algo vivo que alude a las condiciones de salud de la población que lo habita.

Un territorio puede contemplarse en los componentes que lo configuran de manera estática y plana, desértica, o vislumbrarlo en su perspectiva dinámica, como un ser vivo que cuenta con una biografía y tiene capacidad para generar en su piel procesos de encuentro, concertación, confrontación y diálogo.

El desarrollo de la monografía comunitaria ha mostrado la importancia de superar los diagnósticos de salud estáticos y unívocos desde los que no puede generarse acción comunitaria participativa.

Los procesos de trabajo seguidos para la elaboración, consenso y socialización, tanto de la monografía comunitaria en un primer momento como del diagnóstico y la programación en un segundo lugar, así como la preparación de los encuentros comunitarios correspondientes, han facilitado un sustrato de oportunidad, refuerzo y continuidad al trabajo colaborativo y en red de los profesionales sanitarios con el resto de los actores del territorio implicados en la promoción de la salud, suponiendo un impulso fundamental para el avance y refuerzo del trabajo intersectorial y cooperativo entre administraciones, recursos técnicos y, especialmente, para la participación de la ciudadanía.

Cuestiones que han resultado estratégicas para el desarrollo del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Impulso de la Obra Social "la Caixa" y apoyo científico-técnico

La disponibilidad y apuesta de la Obra Social "la Caixa" para impulsar y financiar un proyecto dirigido a mejorar la convivencia y la cohesión social ha resultado clave y estratégico en los tiempos actuales, para construir bases y anticipar estructuras de cooperación entre los actores de un territorio a fin de poder dar respuestas más efectivas a las demandas sociales de los territorios. La idea de incluir el ámbito de la salud comunitaria resultó también un acierto por las razones mencionadas al principio.

Asimismo, la posibilidad de disponer de dirección, asesoramiento y seguimiento científico-técnico a lo largo de todo el recorrido ha permitido contar con una supervisión y apoyo continuado imprescindible para sustentar y contrastar los fundamentos del Proyecto ICI en la práctica y realizar un seguimiento pormenorizado de los avances y desviaciones de los diferentes territorios. Es preciso resaltar el trabajo realizado por la Dirección Científica y, especialmente, por los y las referentes territoriales, que resultó fundamentalmente intensivo durante los tres años, ofreciendo apoyo cercano, continuado y personalizado a los equipos en los propios territorios. Sin esta estructura de coordinación, asesoramiento, formación, seguimiento y evaluación, hubiese sido difícil alcanzar y demostrar los resultados mencionados, por lo que es clave dedicar tiempo y recursos a estos aspectos primordiales del Proyecto ICI.

La salud comunitaria en tiempos de crisis

Desde que se inició el Proyecto ICI, la crisis económica ha impactado de manera importante en los colectivos más vulnerables, aumentando drásticamente las desigualdades sociales en España. «La desigualdad creciente es un problema para la democracia»¹⁴, señalaba Michael J. Sandel, profesor de Política y Justicia en Harvard. Hemos pasado de una economía de mercado a una sociedad de mercado. El hecho de que los valores del mercado se impongan en áreas como la sanidad o la educación entraña enormes riesgos para una sociedad democrática y equitativa, como estamos viendo día a día. La democracia tiene que ver con compartir espacios, valorar el bien común y trabajar en el refuerzo de esferas de lo público, servicios, bienes comunes.

La OMS (2009)¹⁵, en su declaración sobre «La salud en tiempos de crisis económica global: implicaciones para la región europea OMS», recordaba que es necesario asegurarse de que los siste-

14 SANDEL, M. J. «La desigualdad creciente es un problema para la democracia». *El País*, 8-12-2013. http://economia.elpais.com/economia/2013/12/08/actualidad/1386519746_632684.html.

15 WHO. (2009). *Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud*. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/.

mas de salud continúen protegiendo a los colectivos más vulnerables para comportarse como agentes económicos competentes, evitando aumentar las desigualdades sociales en salud y el consiguiente empeoramiento de los resultados en salud de la población.

La dureza de los recortes en políticas sociales bajo el argumento de que es insostenible el estado de bienestar construido durante las últimas décadas, la inoperancia de los ajustes en el ámbito laboral y el incremento incesante del paro, están poniendo contra las cuerdas a extensos estratos de la población, tanto inmigrantes como autóctonos –aunque según muestran los estudios los efectos son más agudos en el primer caso–, repercutiendo de forma importante en el agotamiento o desaparición de los planes y las estrategias de integración desarrollados hasta el momento y propiciando la competencia, por los escasos recursos, entre grupos sociales en situación de precariedad.

Ante la situación que pone en riesgo la cohesión social y los avances alcanzados en diferentes frentes de la vida social, generar y ampliar procesos de desarrollo comunitario y gestión de la diversidad a escala local como el descrito, que han demostrado la capacidad de desarrollar estrategias de fortalecimiento comunitario en el ámbito de la salud y de aportar instrumentos para gestionar el conflicto de forma constructiva a través de la escucha, el diálogo y la acción coordinada, es clave.

5

Bibliografía

Referencias bibliográficas

BRADSHAW, J. (1972). «The taxonomy of social need», en MCLACHLAN, G. (ed.), *Problems and Progress in Medical Care*. Oxford: Oxford University Press.

BLEGER, J. (1976). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

LAPARRA, M. y MARTÍNEZ DE LIZARRONDO, A. (2008). «Las políticas de integración social de inmigrantes en España». Capítulo 7-04, colección 03, documentos de trabajo. VI Informe FOESSA. Consultado el 9 de enero de 2014 en: http://www.foessa.es/publicaciones_periodicas.aspx.

LLORCA, E., AMOR, M. T., MERINO, B., *et al.* (2010). «Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública». *Gaceta Sanitaria*, 24.

MENÉNDEZ, E. (1985). «Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud». *Cuadernos Médicos Sociales*, n° 33. Rosario, México.

MENÉNDEZ, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, del 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Disponible en: http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado en junio del 2014 en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.

SANDEL, M. J. «La desigualdad creciente es un problema para la democracia». *El País*, 8-12-2013, [en línea] en: http://economia.elpais.com/economia/2013/12/08/actualidad/1386519746_632684.html

WHO (2009). *Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/.

Bibliografía complementaria

AERNY, N., RAMASCO, M., *et al.* (2010). «La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid», *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, nº 2.

ALMEIDA-FILHO, N. y PAIM, S. J. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico Sociales. Rosario: Centro de Estudios Sociales y Sanitarios.

BLEGER, J. (1980). *Temas de psicología. Entrevistas y grupos*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

BLEGER, J. (1999). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

BORRELL, C., DÍEZ, E., MORRISON, J. *et al.* (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas* [en línea]. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities (consultado en junio del 2014). Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/equidad_salud_urbana.pdf.

BOTELLO, B., *et al.* (2013). «Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad». *Gaceta Sanitaria*, vol. 27, nº 2.

BUADES, J. y GIMÉNEZ, C. (coord.) (2013). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios*. Valencia: Fundación CeiMigra, Generalitat Valenciana.

CARVALHO, S. R. (2008). «Promoción de la salud, *empowerment* y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria». *Salud Colectiva* [en línea], vol. 4, nº 3.

COFIÑO, R., PASARÍN, M. I. y SEGURA, A. (2012). «¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012». *Gaceta Sanitaria*, 26, supl. 1.

COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (2012). «Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España». *Gaceta Sanitaria*, 26.

CORTÈS-FRANCH, I. y GONZÁLEZ, B. (2014). *Informe SESPAS 2014: Crisis económica y salud*. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/>.

DAHLGREN, G., y WHITEHEAD, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

FORO DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS INMIGRANTES (2013). *INFORME sobre la situación de la integración de los inmigrantes y refugiados en España*. Disponible en: <http://www.foroinmigracion.es/es/index.htm>.

GIMÉNEZ, C. (2012). *Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Convivencia social e intercultural en territorios de alta diversidad. Encuesta 2010 sobre convivencia intercultural en el ámbito local*. Barcelona: Obra Social "la Caixa". Consultado el 9 de enero de 2014 en: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Enquesta_Convivencia_intercultural_2010_es.pdf.

GOFIN, J. y GOFIN, R. (ed.) (2012). *Salud comunitaria. Una perspectiva global*. Barcelona: Elsevier.

GÓMEZ, P., BARBOSA, F., *et al.* (2005). «La integración de los inmigrantes: Conceptualización y análisis, 3 Integración. Puntos de vista». *Cuadernos del Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia intercultural de la Ciudad de Madrid*. Madrid: Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid.

KRIPPER, C. E. y SAPAG, J. C. (2009). «Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática». *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

LAPARRA, M. y PÉREZ, B. (coord.) (2012). «Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España». *Colección Estudios Sociales*, nº 35. Barcelona: Obra Social "la Caixa".

LINARES-PÉREZ, N. y LÓPEZ-ARELLANO, O. (2008). «La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva». *Medicina Social* (www.medicinasocial.info), vol. 3, nº 3, septiembre. Consultado en: <http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>.

LOURAU, R., GUATTARI, F., *et al.* (1977). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Ed. Campo Abierto.

LOURAU, R. (1991). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

MARCHIONI, M., MORIN, L. M. y ÁLAMO, J. (2013). «Metodología de la intervención comunitaria. Los procesos comunitarios», en BUADES FUSTER, J. y GIMÉNEZ ROMERO, C. (coord.). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios*. Valencia: Fundación CeiMigra y Generalitat Valenciana.

MARCHIONI, M. (2001). *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Editorial Popular.

MARMOT, M., *et al.* (2008). «Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health». *The Lancet*, 372.

MARTÍN ZURRO, A. y JODAR, G. (ed.) (2011). *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier.

MAYNAR, I., *et al.* (2010). «Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud». *Rev. Comunidad*. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, nº 12, abril. Ed. semFYC. Consultado en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/experiencia_1.pdf.

MONTANER, I., GONCAL, F. y PASARÍN, M. I. (2012). «La salud: ¿un asunto individual?». *Actualización en Medicina Familiar*. Consultado en junio del 2014 en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). *Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones. Consultado en junio del 2014 en: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf.

PACAP (2004). *Recomendaciones: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones*. Barcelona: SemFYC e Instituto de Salud Pública Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>.

PASARÍN, M. I. y DíEZ, E. (2013). «Salud comunitaria: una actuación necesaria». *Gaceta Sanitaria* [en línea], vol. 27, nº 6. ISSN 0213-9111. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v27n6/editorial.pdf>.

PEDRAZ, A., ZARCO, J., RAMASCO, M. y PALMAR, A. (2014). «Investigación cualitativa», en *Colección en Cuidados en Salud Avanzados*. Barcelona: Ed. Elsevier.

RAMASCO, M. y PALANCA, I. (2006). «Sistema sanitario ante la diversidad sociocultural en la ciudad de Madrid», en GIMÉNEZ, C. (coord.). *Anuario de la Convivencia y la Interculturalidad*. Madrid: Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid.

RAMASCO, M. y PALANCA, I. (2006). «Inmigración: Nuevas situaciones de salud derivadas del fenómeno migratorio». *Revista Aula de la Farmacia. El farmacéutico: Agente de Salud pública. Módulo 1.- Retos asociados a nuevas situaciones de salud*, nº 23.

RAMASCO, M. y ANTÓN, M. V. (2011). «Salud comunitaria», en RUBIALES, M^a D. y PALMAR, A. M. (coord.). *Enfermería del adulto*, vol. I, colección Ciencias de la Salud. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

RAMASCO, M. (2014). «Promoción de la Salud y Educación para la Salud», en PALMAR, A. M. (coord.). *Métodos educativos en salud. Colección en Cuidados en Salud Avanzados*. Barcelona: Ed. Elsevier.

RESENDE, P. (2008). «Promoción de la salud, *empowerment* y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria». *Salud Colectiva*, septiembre-diciembre, Buenos Aires.

RODRÍGUEZ, M. (2009). «Empoderamiento y Promoción de la Salud». *Red de Salud*, 14, junio. http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/EMPODERAMIENTO_PS_MRODRIGUEZ.pdf

RUIZ-GIMÉNEZ AGUILAR, J. L. (2004). «Escuelas comunitarias de promoción de la salud». *Revista Comunidad. Programación de Actividades Comunitarias en Atención Primaria*, nº 7. Barcelona: Ed. semFYC. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/experiencias.pdf>.

RUIZ-GIMÉNEZ AGUILAR, J. L. (2005). «Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español». *Revista Comunidad*, 8. Barcelona: Ed. semFYC.

SEGURA, A., MOLINS, A. y MUNIENTE, G. (2011). «Programas de salud comunitaria», en ZURRO, M. A. y JODAR, G. (ed.). *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier.

TORRES, F. (2002). «La integración de los inmigrantes y algunos de los desafíos que nos plantea», en LUCAS, J. y TORRES, F. (ed.). *Inmigrantes: ¿Cómo los tenemos? Algunos desafíos y (malas) respuestas*. Madrid: Talasa Ediciones.

WHO (2011). *Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper*. Río de Janeiro: World Health Organization.

Bibliografía de apoyo y enlaces de interés para los modelos de referencia

Ley General de Salud Pública. Ley 33/2011, de 4 de octubre, Boletín Oficial del Estado (España), nº 240 (5-10-2011).

Ciudades Saludables y proyecto Ineq-Cities

ALESSANDRO, L. y MUNIST, M. (2003). *Municipios saludables: una opción de política pública*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

CAMPRUBÍ, L., *et al.* (2014) «El proyecto Ineq-Cities de investigación en desigualdades urbanas en salud: diseminación y transferencia de conocimiento en España». *Gaceta Sanitaria*, 28.

MEHDIPANAH, R., MALMUSI, D., *et al.* (2013). «Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut», en *La salut a Barcelona 2012*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales en salud y reducción de las desigualdades en salud*. Consultado en junio del 2014 en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf.

RED ESPAÑOLA DE CIUDADES SALUDABLES [en línea]. <http://www.ciudades-saludables.com/>.

THE INEQ-CITIES PROJECT [en línea]. Londres: University College London (UK). Disponible en: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/>.

DECLARACIÓN DE ATENAS PARA CIUDADES SALUDABLES (1998). Disponible en: <http://www.red-icean.org/recursos/envie-un-documento/details/c/164260/>.

ZAGREB DECLARATION FOR HEALTHY CITIES. HEALTH AND HEALTH EQUITY IN ALL LOCAL (2008). Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2009/zagreb-declaration-for-healthy-cities>.

OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.

Escuelas promotoras de salud

BIBLIOTECA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD: http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=196:whos-global-school-health-initiative&Itemid=180&lang=es.

Concepto de buenas prácticas en promoción de la salud en el ámbito escolar y la estrategia escuelas promotoras de la salud: http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=0&gid=36&lang=es.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). *Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012*. Washington, DC: OPS/OMS.

Red de escuelas para la salud en Europa:

http://www.educacion.navarra.es/portal/digitalAssets/49/49732_2_she_documentacion.pdf.

Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud:

http://redescuelasaragon.blogspot.com.es/p/blog-page_13.html.

Escuela Promotora de Salud en Asturias:

<http://receptcantabria.blogspot.com.es/2013/04/escuela-promotora-de-salud-de-asturias.html>.

Red Cantabra de Escuelas Promotoras de Salud:

<http://receptscantabria.blogspot.com.es/search/label/Redes%20auton%C3%B3micas>.

STEWART-BROWN, S. (2006). *¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene las enfermedades y, específicamente, qué tan eficaz es el enfoque de escuelas promotoras de la salud?* Copenhague: Oficina Regional Europea de la OMS (informe de la Red de Evidencia en Salud; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, publicado en la web el primero de marzo de 2006).

Red de Salud. (2009). *Revista Aragonesa de Promoción y Educación para la Salud*, nº 14, junio: <http://www.feafes.org/publicaciones/Reddesalud.pdf>.

Agentes promotores de salud

AVIÑÓ, D., *et al.* (2014). «Proyecto RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad». *Atención Primaria*, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.002>.

MORGAN, A. y ZIGLIO, E. (2007). «Revitalising the evidence base for public health: An assets model». *Promot Educ*, 14.

PAREDES-CARBONELL, J., AVIÑÓ, D., *et al.* (2011). «Proyecto RIU: un riu de cultures, un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables». *Comunidad*, 13.

Activos en salud

COFIÑO, R. (2014). *Mapeando activos en salud*. Localizado en: www.obsaludasturias.com/obsa/wp.../Mapeando-activos-en-salud.pdf.

HERNÁN, M. y LINEROS, C. (2010). «Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales». *Revista Fundesfam* (consultado el 8-6-2014). Disponible en: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/007revisiones.htm>.

MCKNIGHT, J. (2010). «Asset mapping in communities», en MORGAN, A., DAVIES, M. y ZIGLIO, E. (ed.). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. Nueva York: Springer.

«Epigenética, determinantes sociales de salud y salutogénesis: tu código postal puede modificar tu código genético». *Salud Comunitaria* [en línea]. Consultado el 25 de marzo de 2013. Recuperado a partir de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/11/04/epigeneticsandsdoh/>.

«Mapa de activos de salud en La Luz (Avilés)». *Salud Comunitaria* [en línea]. Consultado el 25 de marzo de 2013. Recuperado a partir de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2013/03/24/mapa-de-activos-de-salud-en-la-luz-aviles/>.

«Recetando paseos para conocer los recursos del barrio». *Salud Comunitaria* [en línea]. Consultado el 25 de marzo de 2013. Recuperado a partir de: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/06/05/activossabugo/>.

LINDSTRÖM, B. (2010). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan.

ALBERICH, T. (2008). *IAP, Mapas y Redes Sociales: desde la investigación a la intervención social*. Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_TAlberich_IAPMapas.pdf.

Enlaces de interés

The Community Guide; the Guide to Community Preventive Services. Recurso cuya finalidad es apoyar en la elección de programas y políticas para mejorar la salud y prevenir la enfermedad en el ámbito comunitario.

<http://www.thecommunityguide.org/index.html>

ePPI-Centre. Centro que ofrece revisiones sistemáticas y el desarrollo de métodos de revisión en ciencias sociales y políticas públicas.

<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=3236>

Health Development Advice HDA. Guía práctica y asesoramiento para la mejora de la salud pública y la correcta organización de profesionales y servicios del Reino Unido.

World Health Organisation. Oficina Regional de Europa de la OMS que da acceso a la información independiente y fiable sobre la situación de salud y la evidencia al respecto.

<http://www.euro.who.int/en/home>

The Campbell Collaboration. Red internacional de investigación que realiza revisiones sistemáticas sobre los efectos de las intervenciones sociales.

<http://www.campbellcollaboration.org/ih> [Informedhealthonline.org](http://www.informedhealthonline.org).

Buscan la mejor investigación en salud, solicitan a los usuarios del sistema de salud sobre sus experiencias y actualizan periódicamente su información.

<http://www.informedhealthonline.org/homepage.2001.en.html>

Eurosaludred. Red Europea de Agencias Promotoras de Salud (desde el 1996). Los miembros son las agencias nacionales de promoción de la salud o ministerios de Sanidad e incluye a los 15 estados miembros, así como a Noruega, Islandia y los países futuros miembros de la Unión Europea (Eslovenia, Hungría, Rumanía, República Checa y Estonia).

<http://eurohealthnet.eu/phase/what-european-platform-health-and-social-equity-phase>

Unión Internacional de Promoción de la Salud. UIPES es una asociación de personas y organizaciones que trabajan en promoción y educación para la salud. Fue fundada en el 1951 y cuenta con miembros en más de 80 países.

<http://www.iuhpe.org/index.php/>

Sistema de Información sobre Promoción y Educación para la Salud (SIPES). Promovido por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo y las Unidades de Promoción de la Salud de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades y Ciudades Autónomas, su principal finalidad es el intercambio de información y buenas prácticas en promoción de la salud.

<http://sipes.msc.es/sipes2/indexAction.do>

SOPHIE es un proyecto de investigación financiado por el 7º Programa Marco Comunitario Europeo. Su objetivo es generar nuevas evidencias sobre el impacto de las políticas estructurales en las desigualdades de salud y desarrollar metodologías innovadoras para la evaluación de estas políticas en Europa.

<http://www.sophie-project.eu/index.htm>

http://www.sophie-project.eu/publications_other.htm

Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP). La Red de Actividades Comunitarias (RAC) se concibe como una red de grupos en acción, pertenecientes o con algún tipo de conexión con un centro de salud y que están llevando a cabo alguna actividad de participa-

ción o intervención comunitaria.

<http://www.pacap.net/pacap/Saludcomunitaria>

<https://saludcomunitaria.wordpress.com/>

Grupo de Trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

<http://www.apoc-copc.org/home.htm>

Grupo de Atención Comunitaria de la Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria.

<http://www.osatzen.com>

Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria.

<http://www.sexmfyc.es/index.html>



Glosario

El presente glosario recoge los principales términos utilizados en el marco del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural según el significado que se les ha otorgado dentro del mismo. No se trata de un catálogo científico-técnico que pretenda recoger de forma exhaustiva las diferentes interpretaciones existentes sobre un mismo concepto, sino explicar, de la manera más sencilla posible, el significado específico y operativo otorgado a cada término desde el enfoque y la metodología del Proyecto ICI.



Acción global ciudadana

Las acciones globales ciudadanas poseen carácter estratégico por su potencial para implicar a los tres protagonistas y para dar a conocer el proceso comunitario intercultural a la mayoría de la población del territorio e impactar en el imaginario colectivo, bien sensibilizando sobre alguna temática concreta, bien contribuyendo a fomentar el sentimiento de pertenencia al territorio.

Aprendizaje y servicio

Aprender llevando a cabo un servicio a la comunidad. Se trata de una propuesta educativa en la que el aprendizaje se produce a través de la realización de servicios a la comunidad de la que forman parte las personas, contribuyendo, de esta forma, a la mejora de esa realidad social.

Asimilacionismo

Constituye un modelo o propuesta sociopolítica de gestión de la diversidad en contextos pluriculturales, contraria a la filosofía del Proyecto ICI, basada en la uniformización cultural, entendida esta como el proceso de adquisición de los valores, lengua, cultura e identidad del grupo social mayoritario por parte de los minoritarios.



Ciudadanía

Más allá del concepto de ciudadanía vinculada a la pertenencia a una comunidad política, normalmente un Estado-nación, y los derechos y deberes derivados de esa condición, exclusivos de los nacionales de ese Estado, la ciudadanía en el Proyecto ICI se contempla sobre todo desde su dimensión social y convivencial, siendo sus rasgos definitorios la participación comunitaria, la colaboración en la consecución del interés general y la implicación en la construcción de una comunidad local intercultural e inclusiva, independientemente de la procedencia nacional o la pertenencia cultural.

Coexistencia

La coexistencia es un tipo de situación social en el que, a diferencia de la convivencia, apenas hay relación entre personas pertenecientes a diferentes colectivos sociales y culturales que cohabitan en un mismo espacio y tiempo. Se coexiste pero no se convive. Esta es la situación social predominante en la mayoría de los contextos locales, caracterizados por un respeto pasivo entre personas y colectivos, sin interacción positiva entre los mismos y sin que se aborden los conflictos latentes que puedan existir.

Cohesión social

Existen diferentes concepciones de cohesión social, de las cuales la mayoría enfatizan el bienestar común, la equidad frente a la desigualdad, la regulación de los conflictos a través de marcos democráticos, la participación de la ciudadanía o el respeto a la diversidad sociocultural en sus planteamientos. El Proyecto ICI, desde el plano comunitario local, fomenta la cohesión a través de los vínculos sociales, la participación de los diferentes protagonistas de la comunidad, la regulación positiva de la conflictividad y la legitimidad de las instituciones.

Colaboradores

La participación de personas, actores y protagonistas en el marco del Proyecto ICI se articula en torno a tres círculos que definen el grado o nivel de participación en el mismo: informados, colaboradores e implicados. Aquellas personas o actores colaboradores son los que participan con carácter puntual en acciones o actividades del Proyecto ICI. Según su disponibilidad a lo largo del tiempo, podrían pasar a estar implicados o simplemente informados. La flexibilidad propia de la metodología comunitaria intercultural posibilita este cambio en el grado de participación.

Comunidad

Aunque existen diferentes acepciones de comunidad que atienden bien a marcos espaciales (comunidad local, comunidad regional, comunidad nacional, europea, internacional, etc.), bien a rasgos compartidos por grupos humanos o colectividades (valores, intereses, costumbres, lengua, cultura, etc.), para el Proyecto ICI la comunidad siempre será local (un barrio, una zona, un pueblo o una ciudad) y estará integrada por cuatro elementos estructurales: territorio, población, recursos y demandas de la población.

Comunitario

Es el tipo de intervención social promovida por el Proyecto ICI, en que la comunidad no solo es la destinataria de las actuaciones sino protagonista de su propio proceso de desarrollo social y convivencial.

Conflicto

El conflicto en el Proyecto ICI no se concibe como algo negativo, sino como una oportunidad para mejorar las situaciones de desigualdad, discriminación o exclusión que puedan estar produciéndose en una comunidad local. Desde esta perspectiva, los conflictos, incluso los latentes, se abordan de forma creativa y se resuelven positivamente.

Convivencia

La convivencia es un tipo de situación social en que las personas, independientemente de su pertenencia social o cultural, se comunican y relacionan entre sí, se respetan mutuamente, comparten valores e intereses comunes, colaboran e interactúan positivamente, y previenen y resuelven creativamente los conflictos. La convivencia requiere de un aprendizaje continuo y se trata de un proceso dinámico en permanente construcción.

Convivencia ciudadana intercultural

El Proyecto ICI tiene por horizonte –enfoque de intervención– la convivencia ciudadana intercultural, entendida como un marco a construir de relaciones e interacciones positivas entre ciudadanos y ciudadanas de una misma comunidad local, independientemente de su situación administrativa o su pertenencia social o cultural, en la que se comparten normas, valores e intereses comunes.

Cultura

Por cultura se entiende el conjunto de pautas de conducta y modos de significación de la realidad –normas, valores, creencias, costumbres, etcétera–, expresados simbólicamente y formando un todo relativamente estructurado, que una población comparte –de forma diferenciada según sexos, edades o clases sociales– y que se transmite de generación en generación, siendo un dispositivo de adaptación al medio natural y humano, y por lo tanto una realidad cambiante.

Culturalismo

Énfasis excesivo o unilateral en los factores culturales que incide negativamente en lograr una adecuada gestión de la diversidad. De este tipo de énfasis diferenciadores huye la filosofía del Proyecto ICI, incidiendo en los valores comunes y los intereses compartidos.

D

Demandas

Constituye uno de los elementos estructurales de la comunidad, tratándose de las peticiones, explícitas o implícitas, existentes en la población para resolver problemáticas o satisfacer sus necesidades e intereses. Es función del proceso de intervención comunitaria intercultural identificarlas, visibilizarlas, priorizarlas y dar respuesta a las mismas.

Diagnóstico comunitario intercultural

Se trata de un elemento crucial de la metodología comunitaria intercultural, al facilitar el tránsito del conocimiento compartido de la realidad a la programación comunitaria. El diagnóstico permite priorizar las demandas de la comunidad local, obtenidas del proceso de investigación participativa, y traducirlas en actuaciones concretas que quedarán reflejadas en la programación comunitaria.

Diferencia

En el Proyecto ICI se ha aplicado el principio del derecho a la diferencia, que conlleva el respeto a la identidad y derechos de cada una de las personas, grupos y colectivos sociales y culturales diferenciados.

Discriminación

La discriminación consiste en dar un trato desfavorable a personas o colectividades en situaciones análogas a las de otras personas o colectivos, por motivos de procedencia nacional, de género, de edad, de colectivo social o de pertenencia a grupos étnicos o religiosos. Existen dos tipos de discriminación: directa e indirecta. La primera coincide esencialmente con la descripción anterior. La segunda se produce cuando una norma, criterio o práctica aparentemente neutrales producen una específica desventaja a unas personas y colectivos en comparación con otros.

Discriminación positiva

Aquel tipo de diferenciación de trato que se orienta a corregir condiciones sociales negativas que tienen origen en la discriminación hacia un grupo o persona. Este es el único tipo de discriminación que tiene cabida en el Proyecto ICI y solo cuando se considere pertinente su aplicación.



Educación intercultural

Aproximación a la educación que tiene en cuenta la diversidad cultural, que potencia el intercambio entre los diferentes sujetos culturales y que garantiza, a su vez, el bagaje y los hechos culturales propios, potenciando los elementos comunes y no las diferencias. Se desarrolla desde una perspectiva global que implica a todas las partes implicadas: escuela, estudiantes, familias y entorno.

Encuentro comunitario

El encuentro comunitario constituye un espacio de encuentro simbólico entre los tres protagonistas de la comunidad local, en el que se comparte y se pone en común el trabajo realizado por cada uno de ellos en el marco del proceso comunitario intercultural.

Equipo comunitario

Constituye un elemento fundamental de la metodología comunitaria intercultural, actuando como recurso, propio del proceso, que dinamiza las relaciones colaborativas entre los tres protagonistas y facilita avanzar en las distintas fases del Proyecto (conocimiento compartido, diagnóstico, programación, etc.). En un primer momento el equipo comunitario ha estado constituido, necesariamente, por los equipos de intervención del Proyecto ICI, mientras que según avanzaba el proceso comunitario intercultural se han ido incorporando profesionales pertenecientes a otros recursos públicos y privados del territorio.

Escuela abierta de verano

Constituye un elemento acelerador del proceso comunitario por su potencial para articular relaciones colaborativas entre protagonistas y por la visibilización del proceso comunitario en el territorio gracias a la satisfacción de una necesidad importante de la ciudadanía, cubriendo parte del tiempo de ocio de niños y adolescentes durante sus vacaciones estivales –aunque no solo–, a través de acciones lúdico-formativas.

Espacios de relación

Constituyen los espacios en los que se va articulando la participación de los protagonistas de la comunidad local y la estructura organizativa de la que se va dotando el proceso comunitario intercultural. Debido a los diferentes papeles de los protagonistas dentro del proceso, existen tres tipos diferentes de espacios según el protagonista que lo integra: espacio técnico de relación, espacio de relación institucional y espacio de relación ciudadana.

Etnicidad

La etnicidad es la identificación social que se produce sobre un grupo humano a partir de las características que supuestamente comparten de tipo cultural, físico, lingüístico, etc. Muchas veces tiende a confundirse la etnia con la raza, es decir, atributos socioculturales con atributos genéticos. Mientras la etnia tiene reconocimiento científico y sociopolítico, la raza carece de validez científica, pues, por un lado, la delimitación del grupo racial depende de cuántos y cuáles criterios de clasificación se tengan en cuenta (forma del cráneo, ojos, cabello, etc.) y, por otro lado, los rasgos genéticamente heredados ni determinan ni explican los rasgos socioculturales. Más allá de la «raza física», es relevante la «raza sociopolítica», esto es, las representaciones y discursos sobre lo racial.

Etnocentrismo

Actitud por la cual se juzga o valora a las otras culturas desde la perspectiva de la propia, considerando las costumbres, valores, creencias, etc., del propio grupo como las mejores, las normales, las correctas e incluso superiores.

Exclusión social

Proceso por el cual una persona o grupo social no puede desarrollarse en plenitud como miembro integrante y de pleno derecho en la sociedad, hecho que supone una pérdida de derechos y deberes, y se caracteriza por una falta de acceso a los recursos que ese sujeto o grupo necesitan para sentirse parte de la sociedad.

Extranjero

Ciudadano o ciudadana que no dispone de la nacionalidad del Estado donde está viviendo, quedando sujeto a leyes específicas que regulan su estancia en el país y que establecen los derechos civiles, políticos o sociales a los que tiene acceso.

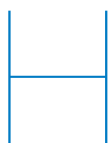
G

Grupo étnico

El grupo étnico se caracteriza por poseer unos rasgos culturales, físicos, lingüísticos o religiosos asumidos por sus miembros o atribuidos por otros, y que forma parte de sociedades más amplias en las que se relaciona con otros grupos étnicos, mayoritarios o minoritarios, integrantes de la misma.

Gueto

Es la concentración de población perteneciente a un grupo o grupos sociales o étnicos en determinados espacios urbanos que suelen ser áreas segregadas del conjunto de la ciudad, siendo, normalmente, percibidas negativamente por el resto de la población. El término *gueto* se asocia a connotaciones negativas –pobreza, malas viviendas, inseguridad, etc.– y suele deberse a procesos combinados de discriminación, exclusión social y segregación espacial.



Hitos

Son acciones, actuaciones o logros concretos que adquieren una trascendencia estratégica y simbólica por visibilizar saltos cualitativos en el proceso comunitario intercultural. Algunos ejemplos de este tipo de acciones bien podrían ser: la celebración del primer encuentro comunitario, la primera reunión del espacio técnico de relación o la presentación de la monografía comunitaria, entre otros.

Hostilidad

A diferencia de la convivencia y la coexistencia, la hostilidad es una situación social en la que las relaciones entre personas pertenecientes a grupos sociales y culturales diferenciados están cargadas de desconfianza, recelo, evitación y rechazo, estando presente en ella el conflicto no regulado y manifestaciones claras de agresión verbal e incluso violencia física y simbólica.



Identidad

La forma en que las personas y los grupos humanos se perciben y se definen a sí mismos. La identidad tiene un componente de autoconcepción, así como de atribución e incluso de reconocimiento por parte de otros grupos o de la sociedad.

Igualdad

Principio democrático que reconoce a todos los ciudadanos igualdad de derechos y deberes y postula la igualdad de trato ante la ley. Para que este principio básico pueda ser una realidad, en ocasiones precisa de políticas que promuevan la igualdad de oportunidades, superando los obstáculos sociales, económicos y culturales que afectan a las personas y colectivos más desfavorecidos. Este principio orienta las actuaciones propias de la intervención comunitaria intercultural.

Impactos

Los impactos se refieren a los efectos y cambios que la intervención comunitaria intercultural ha provocado sobre el contexto social. Los impactos deben medirse en el medio y largo plazo en relación con las finalidades del Proyecto ICI: la cohesión social y la convivencia ciudadana intercultural.

Implicados

La participación de personas, actores y protagonistas en el marco del Proyecto ICI se articula en torno a tres círculos que definen el grado o nivel de participación en el mismo: informados, colaboradores e implicados. Aquellas personas o actores implicados son los que participan con continuidad en acciones, actividades o espacios de relación del Proyecto ICI. Según su disponibilidad a lo largo del tiempo, podrían pasar a estar colaborando o simplemente informados. La flexibilidad propia de la metodología comunitaria intercultural posibilita este cambio en el grado de participación.

Inclusión

Es el proceso que, identificando las diferencias socioculturales de personas y colectivos y sus necesidades específicas, promueve las políticas y los cambios sociales necesarios para su presencia e incorporación en igualdad de condiciones en la sociedad. Desde esta perspectiva, en los procesos comunitarios interculturales estaríamos hablando de comunidades locales inclusivas: *a)* cuando se produce un incremento de interacciones positivas entre colectivos y una revalorización dentro de la comunidad de los más desfavorecidos; *b)* cuando se están produciendo procesos de adaptación mutua entre colectivos y cambios normativos e institucionales que reconocen esta situación, y *c)* cuando se está mejorando la imagen compartida de la comunidad.

Información comunitaria

Constituye uno de los elementos fundamentales de la metodología comunitaria intercultural: a través de la misma se informa al conjunto de la comunidad local de los avances en el proceso y de las iniciativas y espacios de participación existentes. De esta forma, se contribuye a hacer público el proceso y a motivar a personas y actores a colaborar o implicarse en el mismo. La información comunitaria puede realizarse a través de distintos medios: hojas informativas, carteles, folletos, webs, redes sociales, blogs, etc.

Indicadores

Los indicadores del Proyecto ICI posibilitan realizar un seguimiento y evaluación permanente de los avances de los procesos comunitarios interculturales en cada territorio y desde el punto de vista global, valiéndose para ello tanto de los de tipo cualitativo, que permiten identificar las diferentes situaciones que atraviesan los territorios, como de los de tipo cuantitativo, que posibilitan medir la consecución de los objetivos a través de los resultados e impactos. Ambos tipos, dependiendo de qué busquen identificar o medir, quedarán clasificados según: 1) indicadores de partida, 2) indicadores de proceso, 3) indicadores de resultados e 4) indicadores de impacto.

Informados

La participación de personas, actores y protagonistas en el marco del Proyecto ICI se articula en torno a tres círculos que definen el grado o nivel de participación en el mismo: informados, colaboradores e implicados. Aquellas personas o actores informados son los que no participan en acciones, actividades o espacios de relación del Proyecto ICI, bien porque no puedan o no quieran, pero a quienes siempre se les mantendrá informados de los avances del proceso. Según su disponibilidad a lo largo del tiempo, podrían pasar a estar colaborando o implicados.

Integración

Existen numerosas concepciones de integración, pero desde la perspectiva de la intervención comunitaria intercultural se trata del proceso de adaptación mutua entre grupos socioculturales diferenciados, en que las minorías se incorporan a la sociedad en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades, sin que ello suponga la pérdida de sus rasgos identitarios o culturales, mientras la mayoría acepta e incorpora los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para que lo anterior sea posible.

Interculturalidad

Frente al planteamiento multicultural que reconocía la diversidad sociocultural a través del derecho a la diferencia, pero sin que se dieran situaciones reales de interrelación entre los diferentes colectivos, la interculturalidad es un planteamiento sociopolítico que pretende superar esa situación, promoviendo un nuevo contexto social en que el énfasis es en lo común, más que en lo que diferencia, y la interacción positiva y la colaboración entre colectivos socioculturales sea la norma.



Línea de actuación global

Es la columna vertebral de los procesos comunitarios interculturales, siendo la línea de actuación que ha definido el enfoque y metodología del conjunto del Proyecto ICI, estableciendo los principios orientativos y los elementos procesuales, organizativos y técnicos necesarios para su desarrollo.

Líneas de actuación específicas

Los procesos comunitarios interculturales han desarrollado tres líneas de actuación específicas –salud, educación y relaciones ciudadanas–, que, articulándose con la línea de actuación global, han nutrido y potenciando el conjunto del proceso. Los ámbitos de la salud y de la educación, por su dimensión de derechos sociales comunes al conjunto de la comunidad y en el que están implicados distintas administraciones, recursos y actores, son espacios estratégicos para establecer relaciones colaborativas entre protagonistas y para hacer confluir intereses comunes de colectivos y actores. En cambio, las relaciones ciudadanas han sido clave para implicar a la ciudadanía en el proceso y favorecer interacciones positivas entre personas pertenecientes a colectivos socioculturales diferenciados.



Mediación intercultural

La mediación intercultural surgió como una modalidad de mediación en contextos de significativa multiculturalidad que se ha aplicado a diferentes ámbitos: educativo, sanitario, jurídico, social, etc. En el Proyecto ICI se ha aplicado su dimensión más comunitaria, aportando el enfoque cohesionador del conjunto de la intervención en cuanto a las finalidades a conseguir y a los métodos interculturales específicos que han nutrido la metodología comunitaria y posibilitado la regulación creativa de los conflictos.

Metodología comunitaria

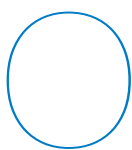
Se trata del conjunto de métodos que garantizan la coherencia entre el enfoque que inspira al Proyecto ICI y la práctica concreta de la intervención en las comunidades locales. Está compuesta por una serie de métodos, instrumentos, técnicas y acciones orientados a promover el protagonismo de las comunidades locales en su propio proceso de desarrollo social y de construcción de convivencia ciudadana intercultural.

Minoría étnica

Toda minoría étnica es un grupo étnico, pero no todo grupo étnico constituye una minoría étnica. Esta suele estar caracterizada por una situación de subordinación, marginación o subalteridad con respecto a los grupos mayoritarios de la sociedad.

Monografía comunitaria

Es un instrumento fundamental de la metodología comunitaria que tiene la finalidad fundamental de permitir un análisis y comprensión global de la comunidad de intervención, a la vez que un conocimiento compartido, que hace posible el establecimiento de un diagnóstico y de una planificación orientada a mejorar lo existente y a conectar las diferentes iniciativas con el proceso global comunitario e intercultural.



Objetivos

Son las metas o logros a alcanzar en el Proyecto ICI o en alguna de sus líneas de acción, siendo por tanto de doble naturaleza: generales y específicos. Los objetivos generales del Proyecto ICI son dos, que pueden sintetizarse en generar procesos locales de promoción de la cohesión social y la convivencia ciudadana intercultural, y validar y transferir una práctica innovadora y sostenible de intervención social.

Organización comunitaria

La organización comunitaria es el proceso por el cual la comunidad local se va dotando de espacios de participación de sus tres protagonistas, los espacios de relación, y adecuando los mismos para desarrollar la programación comunitaria de la forma más eficaz posible.

P

Participación

La participación constituye un elemento esencial y transversal a toda la intervención comunitaria intercultural, siendo un medio a la vez que un fin. Sin participación de los tres protagonistas y de la ciudadanía no hay proceso comunitario intercultural. Se ha abordado desde sus diferentes dimensiones: como ejercicio de ciudadanía y democracia participativa y como elemento de la cohesión social y la convivencia, entre otras.

Pertenencia

Suele considerarse la pertenencia como la autoasignación e identificación de una persona hacia un colectivo. Desde la perspectiva del Proyecto ICI, se ha promovido el sentimiento de pertenencia de personas y colectivos con su comunidad local, paso necesario para favorecer la cohesión y la convivencia.

Prejuicio/s

Es una presunción previa acerca de una persona o grupo basado en el conocimiento parcial, sesgado, indirecto o incompleto.

Productos

Los productos son resultados que se materializan en algún tipo de material necesario para visibilizar el proceso y avanzar en el mismo. Ejemplos de los mismos son la monografía, la programación comunitaria, la publicación de una guía o la edición de un vídeo, entre otros.

Programación comunitaria

Se trata de uno de los elementos metodológicos clave para el avance del proceso comunitario intercultural. Marca un salto cualitativo en las relaciones colaborativas entre protagonistas al programar conjuntamente una serie de acciones y actuaciones con las que dar respuesta a las prioridades fijadas en el diagnóstico comunitario.

Protagonistas

Los procesos comunitarios se encuadran dentro del contexto social, político e institucional de las comunidades locales, siendo sus protagonistas los representantes de las administraciones elegidos democráticamente; los profesionales pertenecientes a los recursos técnicos, públicos y privados, que intervienen en el territorio, y los ciudadanos y ciudadanas que residen en ese territorio.

Público

En los procesos comunitarios interculturales el adjetivo *público* tiene dos sentidos fundamentales: por una parte, que el proceso comunitario es público, es decir, abierto a todas las personas que quieran participar; por otra, que debe informarse a la comunidad de todos los avances y permitirse el acceso a la documentación y el conocimiento que el proceso está generando.

R

Racismo

Discriminación activa de personas o grupos por motivos relacionados con su origen o características étnicas o culturales. El racismo, junto con otro tipo de discriminaciones, es combatido desde los planteamientos del Proyecto ICI.

Recursos

Los recursos constituyen uno de los elementos estructurales de la comunidad, siendo los recursos técnico-profesionales, públicos y privados, esenciales tanto en la atención de las necesidades específicas de personas y colectivos como en la resolución de las demandas locales desde una perspectiva integral y comunitaria.

Relaciones colaborativas

Constituyen la esencia del proceso comunitario intercultural; sin relaciones colaborativas entre los tres protagonistas de la comunidad no puede hablarse de la emergencia, existencia y consolidación del proceso. La metodología del Proyecto ICI está encaminada a provocar este tipo de relaciones, de carácter «improbable» por su práctica excepcionalidad en el contexto sociopolítico local.

Resultados

Los resultados del Proyecto ICI son los efectos o consecuencias concretas del conjunto de actividades desarrolladas dentro de las líneas estratégicas de actuación. Pueden ir desde el número de participantes en determinadas actividades hasta la realización del diagnóstico comunitario como un resultado en sí.

S

Segregación

Práctica institucional o social consistente en la separación y aislamiento de personas o colectivos socioculturales diferenciados, ya sea física o espacialmente, ya sea en determinados ámbitos de la vida pública.

T

Territorio

Constituye uno de los elementos estructurales de la comunidad. Se trata del ámbito geográfico y espacial de la intervención comunitaria intercultural, delimitado por su dimensión político-administrativa: municipio o parte de un municipio –zona, barrio, distrito, etc.

U

Unidad

Principio de unidad en la diversidad: implica el reconocimiento pleno y la búsqueda constante de igualdad real y efectiva de derechos, responsabilidades y oportunidades, como valores y fines compartidos entre los distintos colectivos socioculturales diferenciados.