

Javier Segura del Pozo

Comunitaria



Ediciones "Salud Pública y otras dudas"
<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>




Comunitaria

Javier Segura del Pozo

Ediciones “Salud Pública y otras dudas”

<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>

Enero de 2018

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento No Comercial 2.5 España 

El libro es una recopilación de los 15 textos de la serie *Desarrollo Comunitario*, que fueron apareciendo en el blog “Salud Pública y algo más”, entre el 5 de septiembre de 2010 y el 23 de octubre de 2011, a los que se han sumado otros seis editados en el blog “Salud Pública y otras dudas” entre marzo de 2015 y abril de 2017, y un artículo, publicado en 1995 en la Revista “Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales”,

Citación recomendada:

Javier Segura del Pozo. “Comunitaria”. Ediciones Salud Pública y otras dudas. (<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>). Tres Cantos, enero 2018

Dedicado a los y las profesionales de los Centros Madrid Salud que con su saber y habilidad, fortalecen la salud colectiva de las comunidades de los barrios madrileños a los que sirven.

Índice

Prólogo	9
<u>I . Concepto (1995):</u>	
Capítulo 1: La noción de Comunidad y el equipo de salud	15
<u>II . Desarrollo Comunitario (2010-2011):</u>	
Capítulo 2: Desarrollo comunitario (“Community development”)	31
Capítulo 3: Desarrollo comunitario radical, según Margaret Ledwith	35
Capítulo 4: Las uniones de crédito (“Credit union”)	41
Capítulo 5: Las comunidades compasivas: el bienestar en el final de la vida	45
Capítulo 6: “Food mapping”, midiendo el acceso a alimentos saludables	49
Capítulo 7: Salop Drive Market Garden, un ejemplo de agricultura urbana	55
Capítulo 8: El enfoque ABCD de desarrollo comunitario	59
Capítulo 9: El mapa de activos de una comunidad (“Asset mapping”)	63
Capítulo 10: La investigación apreciativa (“Appreciative inquiry”)	67
Capítulo 11: El banco del tiempo	75
Capítulo 12: Jose Mará Arizmendarrieta y el movimiento cooperativo de Mondragón	79
Capítulo 13: El experimento Peckham (2009)	85
Capítulo 14: “Healthy living centres” o centros de vida saludable, Gran Bretaña (1999-2010)	93
Capítulo 15: Saul Alinsky y las reglas del buen rebelde	99
Capítulo 16: El capital social	105
Capítulo 17: Capital social vínculo (“Bonding”) y Capital social puente (“Bridging”)	111

III . Salud Pública y otras dudas (2013-2017):

Capítulo 18: ¿Duplicidades? ¡Es el territorio, estúpido!	119
Capítulo 19: La Rebeldía como Medicina	123
Capítulo 20: El patriotismo de barrio	127
Capítulo 21: Organizar la participación	133
Capítulo 22: La humanización del espacio urbano (el Urbanismo de la Salud Comunitaria)	139
Capítulo 23: ¿Qué es la Salud Comunitaria? (en 5 frases)	153

Prologo

Comunitaria, Medicina Comunitaria, Salud Comunitaria, Desarrollo Comunitario, Intervención Comunitaria, Acción Comunitaria, Perspectiva Comunitaria, Psicología Comunitaria, Participación Comunitaria, Comunismo, Comunitarismo, Bien Común, lo Común, El Común, Comunidad,...

Llevo décadas girando alrededor de esta palabra, de este adjetivo, de este concepto, intentando construir una práctica profesional coherente con ella, tratando de guiarme por un ética relacionada con ella. Siempre con la incomoda sensación de no aprehenderla bien, de estar en ámbitos profesionales donde su invocación no está sustentada por un claro significado común compartido. Como si fuera una bandera que se ondea, sin saber bien el origen y significado de sus colores. Un himno sin letra. Como una insignia que se lleva en la solapa de un antiguo abrigo, sin preguntarse por el sentido de su permanencia en la prenda. Un icono. Cuando esto ocurre, es más fácil, que la bandera, el himno y la insignia que se crearon para distinguirse y para reivindicar un sueño o una utopía, sean devorados por lo cotidiano y se desvanezca su potencial de romper con lo establecido.

En mi vida profesional, la Medicina Comunitaria fue una bandera para cambiar la fracasada práctica médica de finales de los 70 del siglo pasado. Para volver a llamar la atención sobre el origen social y colectivo de la enfermedad y la muerte prematura. Para construir una nueva práctica a partir de las realidades y necesidades cotidianas de la gente y sus barrios, fuera de las catedrales elitistas y deshumanizadas de los hospitales. Para mejorar la salud colectiva con otras herramientas más eficaces, más allá de los fármacos, la cirugía o los consejos individuales. Consideré que en esa trinchera me sentiría a gusto y que iba a merecer la pena dedicarle tiempo y energías a aprender lo necesario para ser un buen profesional, al servicio de esa colectividad que empezaba a salir de décadas (incluso, siglos) de opresión e injusticia social. Desde este punto de vista, la Medicina Comunitaria era una de las múltiples formas e instrumentos de hacer el cambio social. De hacer la Revolución. Lo mismo que otras ramas del saber y otros grupos profesionales (Derecho, Arquitectura, Economía, Biología, Ingeniería, Psicología, Sociología, etc.) que saliendo de nichos de privilegio, hacían su aportación a construir un mundo más justo.

Esta idea me llevó a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1980 (la única que portaba este adjetivo). Sin saber todavía muy bien qué significaba "Comunitaria". Elección basada pues en una simple intuición. Sonaba bien. No tenía un imaginario claro de qué era trabajar en un Centro de Medicina Comunitaria. En qué se diferenciaba de trabajar en un hospital o en un ambulatorio. Una vez dentro, me di cuenta que ese imaginario estaba por hacer. Los primeros residentes de la especialidad teníamos que construirlo nosotros y nosotras mismas. A partir de nuestras intuiciones, de nuestros deseos, de nuestras utopías, de nuestras ideologías. No había unidades docentes, y cuando las empezó a haber, nos dimos cuenta que nuestros docentes también tenían que construir ese imaginario. Muchos eran médicos clínicos, la mayoría de hospitales, y por ello, muchos tiñeron el imaginario nuevo de lo viejo, incluso de aquello de lo que nos queríamos distinguir (el hospital). Otros (pocos) venían del campo de la Salud Pública, que aunque nos acercaba al pensamiento "poblacional" frente al clínico-individual, no implicaba necesariamente la perspectiva comunitaria. Que un

médico o médica de familia supieran algo de estadística, epidemiología o programación era un avance y ayudaba, pero no les habilitaba suficientemente para comprender mejor los procesos psico-sociales de un territorio y para generar dinámicas comunitarias de esclarecimiento de los determinantes sociales de la salud y de lucha colectiva por su abordaje y control. En resumen, para practicar la Medicina Comunitaria.

Algunos tuvimos la suerte de hacer un curso de Medicina Comunitaria en el último año de nuestra residencia (1982), en un centro que se llamaba “Centro Especial de Medicina Comunitaria” (de la Ciudad Sanitaria 1º de Octubre), que estaba precisamente en el proceso de construir ese imaginario, a partir de una práctica nueva, interdisciplinaria, sobre un área territorial de influencia (Usera y Villaverde). Como he dicho otras veces¹, fue un modelo que me ayudó muchísimo en mi devenir profesional y sigo alimentándome de esa experiencia. Me acercó a múltiples lecturas y me abrió nuevos y atractivos campos de conocimiento. Tantos, que la práctica a la que estaba destinada, la Atención Primaria en un centro de salud, se me quedó corta e insípida.

Por ello, fui buscando aquellas banderas (colectivas/comunitarias) en el mundo de la Salud Pública, pasando de una trinchera a otra (salud ambiental, vigilancia epidemiológica, higiene alimentaria, etc.), sin acabar de encontrar “la Comunitaria”; retorciendo al máximo los métodos profesionales imperantes y los análisis dominantes para desvelar y destapar lo social y lo colectivo (incluso en la atención a un brote de toxiinfección alimentaria, como se verá luego en el ejemplo del capítulo 1). Pero en el mundo de la Salud Pública, que era el de la Administración Pública, a lo que se aspiraba eran a los cambios sociales *por arriba*: a través de reformas sociales y de la influencia en los políticos de turno (Abogacía en Salud Pública, Salud en todas las políticas públicas), para lo que la Comunitaria no era un instrumento imprescindible. Fue la época de la *modernidad*, de construir el estado del bienestar, en la que la Participación Comunitaria se quedó como una mera insignia del pasado, una vieja bandera utópica que molestaba a los gobernantes, que se consideraban totalmente legitimados como las voces de la Comunidad. En esta época, debo confesar que aprendí poco de Salud Comunitaria y mucho de Salud Pública o Colectiva (es decir, cómo cuidar la salud de la población desde el Estado). Luego, a partir de mediados de los 90, vivieron los gobernantes que ni les gustaba lo Comunitario, ni les gustaba lo Público.

Cuando en el 2008 empezamos con el proyecto de reorientación comunitaria de los Centros Municipales de Salud de Madrid (CMS-Centros Madrid Salud)², volví a sentir la necesidad de definir mejor lo Comunitario, y volví a tener esa sensación de que no teníamos un imaginario claro de qué es un Centro de Salud Comunitaria. No era el de un Centro de Atención Primaria, pero tampoco exactamente al de un Centro de Salud Pública. Algunos profesionales, inmersos en ese proceso de cambio, nos pedían ejemplos de centros similares que existieran en España o en el extranjero. Para ello, hice un viaje en 2010 a la Inglaterra del Black Country, a conocer de cerca los nuevos Centros de Vida Saludable (“Healthy Living Centres”), creados al calor de las políticas

1 *Réquiem por la Dra. Teresa Sánchez Mozo, gran dama de la Salud Pública española* y *El Centro Especial de Medicina Comunitaria de Madrid (1980-1985) (In Memoriam de la Dra Teresa Sánchez-Mozo, su mentora)* (Publicados en el blog “Salud Pública y algo más” el 12 y 13 de noviembre de 2012),

2 Se concretó mas adelantes en los proyectos: *Estrategia Gente Saludable (2010-2015)* y *Estrategia Barrios Saludables (2015-2019)*

de lucha contra las desigualdades sociales en salud de los gobiernos laboristas de Toni Blair, ya en su última fase (la menos brillante). Allí conocí un nuevo campo y práctica profesional comunitaria, no sanitaria: el desarrollo comunitario y los trabajadores de desarrollo comunitario. No se correspondían exactamente a nuestros trabajadores sociales (en nuestro país, pueden corresponder a los educadores sociales o mediadores socio-culturales). Tenían más presencia en “la calle” y más protagonismo en el trabajo comunitario que los profesionales de la medicina o de la enfermería del NHS, pero con los que se complementaban muy bien. Absorbí con glotonería lo que pude y me traje materiales, que inspiraron una serie de artículos que publiqué entre 2010 y 2011 en el antiguo blog “Salud Pública y otras cosas”. Experiencias de bancos del tiempo, de huertos comunitarios, de comunidades compasivas, de uniones de crédito, de mapas de alimentos, mapeos de activos, etc. que me acercaban a ese imaginario profesional de qué hacer para “construir comunidad”. El profundizar en ellos, me llevaron a libros, autores y activistas, del presente y del pasado, que habían reflexionado, teorizado sobre “lo Comunitario”. Algunos (Paolo Freire, Fanon, Gramsci, etc.) me resultaban familiares de las lecturas de mi época de estudiante y residente. También a conocer metodologías de intervención comunitaria. Compartí estas lecturas y hallazgos en el blog.

Por otra parte, los últimos diez años han sido un periodo de profundos cambios en nuestra sociedad, que trajo no solo la terrible crisis económica, social y política en la que estamos atrapados, sino las reacciones colectivas ante ella, cuyo máximo exponente fue el movimiento del 15 de mayo de 2011 (15M). Una de sus características fue la reivindicación de lo Comunitario, frente a la saturación previa del individualismo neoliberal, y la denuncia de las consecuencias políticas y sociales de sus políticas depredadoras, privatizadoras, de desmontaje y robo de lo público y desprecio por lo común. Pero también fue la reivindicación del “no nos representan” y el rechazo de “la vieja política”: los cambios sociales, para ser eficaces, había que hacerlos de forma diferente a cómo se desarrollaron a partir de la transición democrática. Había que combinar las reformas sociales *desde arriba* (parlamentarias y legislativas), con cambios *desde abajo*, desde una democracia basada en lo cotidiano y lo próximo, desde el barrio. Para ello, había que fortalecer la Comunidad y favorecer la participación comunitaria. ¿Se estaba forjando un cambio de paradigma entre las nuevas generaciones?

Es el momento en que el 15M se replegó en Madrid a los barrios, y cuando posteriormente, en las elecciones de mayo de 2015, las *candidaturas ciudadanas* alcanzaron los grandes ayuntamientos (Madrid, Barcelona, Valencia, Zaragoza, Cádiz, Santiago, etc.) con un modelo de gobernanza comunitaria (*el nuevo municipalismo*).

En esta época, me resultó fácil tirar del hilo de mi interés, casi congénito, por lo comunitario, para reflexionar y escribir sobre lo que estaba sucediendo en un nuevo blog (“Salud Pública y otras dudas”), creado a finales de 2012. También para difundir materiales y lecturas de cómo podía articularse lo comunitario desde diferentes frentes y prácticas, no solo del campo de la salud comunitaria, sino también de la intervención social, del urbanismo social, la antropología, etc.

Este libro que tienes en tu mano es una modesta recopilación de artículos de estos diferentes periodos que acabo de describir. El cuerpo principal (capítulos 2 a 17), son los 16 textos de la serie de “Desarrollo Comunitario” que publiqué entre 2010 y 2011 en el blog “Salud Pública y algo más”, seguido de 6 textos (capítulos 18 a 23), publicados entre 2013 y 2017, en el Blog “Salud Pública y otras dudas”. Van precedidos de un largo y denso artículo (capítulo 1), publicado en 1995 en la Revista “Área 3. Cuadernos de

temas grupales e institucionales”, en el que intentaba explorar la noción de Comunidad, partiendo de la sociología y la concepción operativa de grupos, y reflexionar sobre las dificultades de articularla desde un equipo de salud.

Aunque he tenido tentaciones de cambiar algunas de las cosas que entonces escribía, algunas de las cuales me sonrojan ahora, he preferido dejarlas tal como aparecieron, con la esperanza de que mis lectores y lectoras sean indulgentes y sepan contextualizarlas adecuadamente.

El libro no es un tratado académico de Medicina o Salud Comunitaria (ni de Desarrollo Comunitario), con un cuerpo ordenado de teoría y metodología. No es una recopilación exhaustiva de autores y bibliografía, aunque tenga más de un centenar de referencias. Hay muchas temáticas, experiencias y autores “comunitarios” que no están incluidos. Solo es una recopilación de textos blogueros, en el orden cronológico en que fueron editados. Pretendieron compartir lecturas y experiencias que me interesaron. Y que intenté escribir de una forma amena, en un lenguaje periodístico accesible y acompañado de imágenes atractivas. También el iniciar a los lectores en algunos temas y orientarles en lecturas de profundización (secciones “Si quieres saber más”, al final de los post). Algunas se limitan a haber seleccionado y traducido del inglés textos que consideraba interesantes, con un escaso aporte original mío.

¿Qué tiene en común el empeño de Alinsky en Chicago, el de Arizmendarrieta en Mondragón, el de las vecinas inglesas de las Credit Unions, el de la PAH de Córdoba, los *patriotas* de Vallecas o *la manía* del urbanista danés Jan Gehl por la orientación de los bancos? El conjunto pretende proyectar un imaginario de lo que es *hacer Comunidad*. Qué es la *Comunitaria*... a secas, sin nombre que la preceda: el adjetivo común que nos une a los que tenemos esta perspectiva, dentro y fuera de la sanidad.

Espero que el resultado pueda ser de interés a personas que compartan mi misma desazón sobre la necesidad de avanzar en la definición y en el enfoque de la lente sobre el mundo de *la Comunitaria*. Me conformaría si pudiera aportarles algo a aquellos jóvenes estudiantes y profesionales de las diferentes tribus que necesiten construir ese imaginario de *la Comunitaria*. Aunque han pasado casi 40 años de mi experiencia, creo que los residentes actuales (de Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria o Medicina Preventiva y Salud Pública, entre otras), siguen teniendo dificultades para construir un cuerpo teórico y metodológico común sobre *qué diablos es eso de la Comunitaria*. Y para imaginar una práctica profesional que no necesariamente esta asociada a la mirada desde la consulta y la bata, o desde el ordenador y la base de datos. Lo sé porque la rotación (formación práctica) por nuestros CMS les ayuda. Por cierto, podría haber añadido al menos otros diez capítulos dedicados a proyectos comunitarios desarrollados desde los CMS en la última década, pero no lo he hecho. Lo dejo para futuras publicaciones.

Creo que el principal empeño de nuestro proyecto de cambio en el Ayuntamiento de Madrid ha sido contribuir a construir ese imaginario de intervención comunitaria. Ojalá que quede este legado y que el reclutamiento de las nuevas generaciones de profesionales comunitarios, en los CMS y en otras trincheras, acabe por consolidar esta práctica y este saber tan especial. De tal forma, que cuando ondeemos la bandera Comunitaria, esta luzca colores llenos de sentido para todos y todas.

Tres Cantos, 5 de enero de 2018

Capítulo 1: La noción de comunidad y el equipo de salud ³

Partiendo de la sensación de que la palabra Comunidad y sus derivados: Salud Comunitaria, Participación Comunitaria, Desarrollo Comunitario, etc., están pasadas de moda en las instituciones sanitarias actuales, se hace un análisis de las posibles causas de su caída en desgracia en los últimos años. Desde el artículo se pretende contribuir a su posible resurrección, profundizando en la misma noción de comunidad, conociendo algunos acercamientos teóricos desde diversas disciplinas y prácticas, planteando dudas conceptuales y finalmente reflexionando sobre las dificultades actuales con las que tropiezan los Equipos de Salud que dan servicio a un territorio (llámense Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Equipos de Salud Pública, etc.), al abordar el trabajo comunitario.

Una palabra pasada de moda

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

Ello podría hacer pensar que el término está superado, es decir, que es un significante que ya no sirve para dar cuenta ajustada de la realidad del significado, de la realidad social. ¿Ha cambiado este significado o han cambiado las personas e instituciones que utilizaban el significante?

Cabría suponer que la falta de uso, no sólo en sentido lingüístico sino también conceptual, de la palabra Comunidad y sus derivados: Salud Comunitaria, Participación Comunitaria, Desarrollo Comunitario, etc. responde a una evaluación negativa de supuestas prácticas y experiencias de aplicación, que justificaran su lugar fuera de las modas. Sin embargo, la realidad es que esta evaluación no es explícita, no es pública y no suele estar basada en el análisis de experiencias concretas, contrastables y discutibles, sino que forma parte del run-run de las instituciones y de los pasillos y espacios no oficiales donde se gestan las culturas dominantes.

La principal razón de este ocultamiento es la fuerza ideológica que tiene la noción de Comunidad, y las lecturas ideológicas que se puede hacer de la caída en desgracia del uso del término en las instituciones. Por ello las instituciones presentan ese cambio de valoración del concepto y del término como un problema técnico o de busca de la

3 Publicado en la Revista "Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales" nº 2. Primavera 1995

eficacia práctica, más que un problema ético o de cambio de modelo, por lo que su componente ideológico queda ocultado.

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

Otras veces nos encontramos con un discurso institucional que valora la acción en el espacio comunitario pero renuncia a ella, pues la consideran propia de grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), etc. La estrategia planteada así consiste en subvencionar a estas ONG, y por lo tanto tener un mecanismo de control sobre ellas, mientras la institución puede exhibir su papel e interés en el trabajo comunitario en su "cartera de servicios". Sin embargo, detrás del discurso oficial, que a veces se presenta de nuevo con el disfraz técnico, que habla de una mayor eficacia de este tipo de inversiones (subvenciones), se esconde, a veces, una auténtica renuncia al trabajo comunitario, mediante la delegación del mismo en estas organizaciones. Con el mencionado discurso ("Hay que dejar en manos de la sociedad civil su desarrollo. ... pasando el Estado a un segundo término") de resonancias claramente neoliberales, se puede justificar la falta de contratación de profesionales comunitarios en los servicios de salud, o la dedicación exclusiva de éstos a actividades clínicas, individuales y a demanda.

Parecería como si a las instituciones les sirviera el término comunidad para los procesos instituyentes, y les dejara de servir cuando se alcanza lo instituido. Es decir, es útil a la institución que nace y necesita ir creándose un espacio y una clientela, perdiendo vigencia esta utilidad cuando la institución siente su existencia asegurada más allá del fin inicial que justificó su creación. Las propias instituciones se apropiaron del término en las últimas décadas para nombrar nuevas estructuras organizativas: Comunidad (Económica) Europea, las Comunidades Autónomas en España, etc., e incluso, más recientemente la Comunidad de Estados Independientes, en la ex-URSS. Más allá de modas, cierta frescura y calidez del término, que crea asociaciones mentales próximas a lo familiar, a la amistad, a lo original, a lo primitivo, a lo informal e incluso a lo espiritual, permitieron a las nuevas instituciones una tarjeta de presentación *más amable* frente a los ciudadanos, que al fin y al cabo habían sido salpicados por los movimientos contra institucionales de los años 60 y por la desconfianza frente a las instituciones en nuestro país tras la experiencia franquista.

Este apropiamiento institucional del término ha creado curiosas confusiones en el lenguaje y en la acción a la hora de trabajar *en la comunidad* desde una institución que se autodenomina Comunidad (de Madrid), como le ha ocurrido al autor de este artículo. Como decíamos antes, al alcanzar estas nuevas organizaciones cierto grado de institucionalización abandonan la noción quedándose sólo con el término para designar a la propia institución, e incluso en algunos casos se abandona el propio nombre por el que fue bautizado. Ahí tenemos el ejemplo del cambio de *Comunidad Europea* por *Unión Europea*.

La noción de comunidad

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

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

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

¿Dónde está el límite para que una población sea considerada comunidad?: ¿La población de un barrio?, ¿de una ciudad?, ¿de una región?, ¿de una nación? ¿Qué carácter tiene este límite: territorial, poblacional, cultural, etc.? ¿La familia es una comunidad? ¿O es una asociación? ¿Qué elementos tienen que darse para que desde fuera se *defina* y se considere un núcleo humano como comunidad? ¿Son los mismos elementos que tienen que estar presentes para que ese núcleo humano *se sienta* una comunidad? ¿Los habitantes de una gran ciudad se sienten como parte de una comunidad? ¿O sólo cuando van al fútbol a defender los colores de su equipo frente a otro de otra ciudad? ¿Qué teorizaciones hay sobre este concepto? Empecemos por lo más cercano. La concepción operativa de grupos y la psicología social.

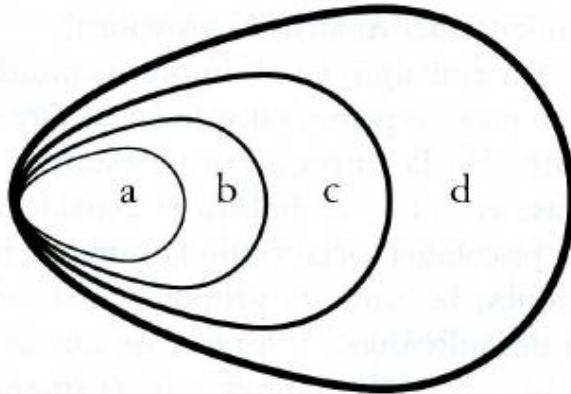
La comunidad: ¿paella o paellera?

A mediados de los 70, José Bleger en su libro *Psicohigiene y Psicología Institucional*⁴, en el que expone “la Teoría de los Ámbitos”, sitúa el término en el ámbito más *externo* (*ámbito comunitario*), más alejado de los ámbitos en los que suele trabajar la psicología y para lo que se forman los psicólogos (y el resto de profesionales de la Salud). Según este modelo, será además el ámbito más *inclusivo*, por contener a todos los demás:

a) ámbito psicosocial (individuos)

4 BLEGER, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós. Buenos Aires, 1976.

- b) ámbito socio dinámico (grupos)
- c) ámbito institucional (instituciones)
- d) ámbito comunitario (comunidad).



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

Ese paso se dio claramente con la psicología grupal, que tuvo que complementar, e incluso abandonar, categorías conceptuales utilizadas para el individuo aislado (organismo, homeostasis, libido, etc.) introduciendo nuevas categorías propias de las agrupaciones humanas (comunicación, interacción, identificación, etc.) y apropiarse conceptos en otros lugares epistemológicos (incluido de algunos aparentemente muy alejados como la Física, en el caso de Kurt Lewin). Así se llegó a superar la idea de que un grupo era el equivalente a una suma de individuos, descubriéndose el valor de *un plus* que transformaba a los propios individuos.

Un pasaje parecido se empezó a hacer en el ámbito institucional. Cuando la psicología social quiso hincarle el diente a las instituciones, inicialmente (¿o todavía seguimos igual?) las abordó como el conjunto de grupos interrelacionales, utilizando conceptos y metodologías grupales. Cuando se descubrió la especificidad de la institución más allá de la suma de grupos, cuando se descubrió *El Plus* que no podía ser abordado con los viejos instrumentos, se tuvo que echar mano de teorizaciones y metodologías de investigación e intervención propias de la sociología, contribuyendo al surgimiento del Análisis Institucional.

Sin embargo, en el ámbito comunitario este proceso parece estar todavía muy inmaduro. Da la impresión que estamos en una fase en que este ámbito es considerado por la psicología social como la suma de instituciones, la suma de grupos o incluso la suma de individuos. Y a pesar de que se ha *picoteado* en concepciones e instrumentos materiales propios de la sociología, la antropología o la ecología humana, todavía no se ha alcanzado a conceptualizar suficientemente este *Plus* e incorporarle a los métodos de trabajo.

La noción de Comunidad es abordado desde la Concepción Operativa de Grupos^{5 6 7} como:

a) Como un lugar-soporte de otros ámbitos: individual, grupal, institucional. Es el continente que soporta y guarda las otras realidades. La Comunidad no tendría corporeidad, siendo esta la apropiada de las otras instituciones: el cuerpo del individuo, el cuerpo del grupo, e incluso el cuerpo de las instituciones, visualizados a través de sus edificios (una escuela, un hospital, una cárcel, un manicomio, etc.). La comunidad sería como una enorme paellera que contendría los granos de arroz, sueltos (individuos) o pegados (grupos), y las tajadas (¿instituciones?).

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

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

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

- Convergencia entre los esquemas referenciales (concepciones, prácticas, instrumentos, etc.) de los trabajadores sanitarios o comunitarios, por un lado, y la representación que los ciudadanos tienen de su salud comunitaria, por otro lado.
- Convergencia entre los esquemas referenciales de diferentes campos profesionales que reclaman lo comunitario como propio: asistentes sociales, educadores de adultos, funcionarios locales, planificadores económicos, expertos en extensión agraria, médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, ecólogos, etc., y que están condenados a hacer converger sus prácticas y herramientas si no se quieren arriesgar a que surjan rivalidades que puedan segmentar la comunidad, dificultar la adaptación de la misma a los cambios y duplicar fuerzas⁸.

5 BAULEO, A.: "¿Qué es la salud comunitaria?", en *Notas de psicología y psiquiatría social*. Atuel. Buenos Aires, 1988.

6 GONZÁLEZ GUTIÉRREZ SOLANA, M. J.: "Psicología comunitaria. ¿Una práctica específica?", en *Actas del 1o Congreso de Medicina Comunitaria*. Madrid, 1980.

7 BUSTURIA, R.: "Salud comunitaria", en BAULEO, A. y otros, *La concepción operativa de grupos*. AEN. Madrid, 1990.

8 BATTEN, T.R.: *Las comunidades y su desarrollo*. FCE. México, 1979.

La comunidad: un concepto geo-socio-psicológico

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

“Una comunidad se define como un conjunto de personas que viven juntas, en un mismo lugar, y entre los cuales hay establecidos ciertos nexos, ciertas funciones en común o cierta organización. Es decir, que en el concepto de comunidad intervienen dos características fundamentales: la geográfica y la funcional. La primera se refiere a un cierto espacio, en el que transcurre la Vida de los seres humanos; la segunda se refiere a los aspectos que le dan cierto grado de cohesión, de interrelación, de unidad”⁹.

Es decir, la corporeidad se establece no sólo a través del espacio, de la geografía, sino a través de los “Nexos”. La dificultad estriba en definir estos nexos y es alrededor de ellos donde se ponen en evidencia las diferencias conceptuales de disciplinas y de corrientes de pensamiento. Así algunas concepciones contemplan a la Comunidad como un concepto “Geo- Sociológico”, que no incluye el *Psico*, es decir, como un “conjunto de subsistemas funcionales (económicos, educativos, políticos, religiosos, jurídicos, reproductivos, etc.) interrelacionados en un territorio determinado”, en el que no es necesario la presencia del *Sentimiento del Nosotros*¹⁰.

Desde otros lugares, la comunidad es un concepto “Geo-socio-psicológico”, que no sólo se define por el territorio y por la organización funcional de las personas que viven en él mismo, sino por la existencia de un vínculo, de un Estado Mental Común, que configuran su Sentimiento del Nosotros, y van construyendo un Imaginario Comunitario, basado no sólo en vínculos actuales, sino también en vínculos heredados, vehiculizados a través de la cultura de la Comunidad. Una de las teorizaciones más ricas sobre este carácter psicológico o imaginario de una comunidad nos lo aporta Ferdinand Tönnies¹¹.

Tönnies: comunidad y asociación

Tönnies nació en 1855 en una granja de Schleswig-Holstein (región del norte de Alemania), en un ambiente campesino y frisón, que le llevó a tener una sensibilidad especial por los lazos comunitarios que unen las minorías étnicas, y a la necesidad de especular sobre aspectos de la Cohesión social que habían abandonado tanto el positivismo de Comte como el socialismo marxista¹².

9 BLEGER, J.: *Op cit.*

10 POLSBY, N.; BERNARD, J.; SANDERS, i.: “Comunidad”, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol. II. Aguilar. Madrid, 1974.

11 TONNIES, F.: *Comunidad y asociación*. Península. Barcelona, 1979.

12 GINER, S.; y FLAQUER, I.: “Ferdinand Tönnies y la ciencia social moderna”, Prólogo al libro de Tönnies, F., *Comunidad y asociación*. Península. Barcelona, 1979

Para Tönnies ¹³, en el hombre se desarrollan tendencias de orientación hacia otros seres de su especie, lo que él denomina “Voluntad”. Estas tendencias pueden ser de dos tipos:

- “Voluntad natural”, donde dominan los sentimientos, instintos y deseos, y que genera una conducta que permite la estructuración social en Comunidad. En estas relaciones comunitarias, los hombres se tratan los unos a los otros como fines (no como medios), creando vínculos afectivos, personales, clánicos, familiares, tribales, nacionales. Un ejemplo de comunidad sería la familia o la nación.
- “Voluntad racional-instrumental”, donde dominan la deliberación y el cálculo, creando una conducta que da lugar a una estructuración social en Asociación, donde los hombres se tratan como medios para conseguir sus fines. En las relaciones asociativas predomina el vínculo instrumental, racional y estratégico. Un ejemplo de asociación sería un banco, una fábrica o un estado.

Tal como plantean Salvador Giner y Luis Falquer en el prólogo de la edición española de su obra ¹⁴, según Tönnies, “sin comunidad no hay moralidad pero sin asociación no hay progreso”. Al igual que Marx, Tönnies se empeña en la *búsqueda de la comunidad perdida*, en encontrar la forma de compatibilizar la comunidad humana solidaria y altruista del comunismo primitivo, con el socialismo, como expresión asociacional de toda colectividad que se organiza institucionalmente de un modo civilizado y moderno.

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

El sentimiento de comunidad

Este concepto bipolar (Comunidad y Asociación) de Tönnies tuvo un gran influjo sobre la ciencia social moderna, y tiene una indudable relación con las teorías de Cooley sobre Grupos Primarios y Grupos Secundarios ¹⁵; las de Durkheim, contemporáneo de Tönnies, sobre la Solidaridad mecánica y la Solidaridad orgánica ¹⁶; las de Redfield sobre la Sociedad folk o primitiva y la Sociedad urbana ¹⁷; y las de la Ecología humana

13 TONNIES, F.: *Op cit.*

14 GINER, S.; y FLAQUER, I.: *Op cit*

15 COOLEY, Ch.: *Social Organization*. The Free Press. Glencol, 1909.

16 DURKHEIM, E.: *The Division of Labor in Society*, The Free Press. Glencol, 1960. Originalmente (1983) publicado con el título De la división du travail social.

17 . REDFIELD, R.: “The Flok Society”. *American Journal of Sociology*, 52. 1947. 12. HAWLEY, A.: *Ecología humana*. Tecnos. Madrid, 1982.

(Hawley) sobre las Comunidades dependientes y las Comunidades independientes ¹⁸. A la vez tiene unos precedentes en el concepto de "Consenso" de Comte, o en la concepción de "la sociedad como un organismo" de Spencer.

De forma esquemática, y corriendo el riesgo de simplificar en exceso, en todas estas concepciones el *Sentimiento del Nosotros*, el *Estado Mental Común*, el vínculo psicológico entre los miembros de una comunidad sería más visible en comunidades preindustriales o preurbanas. Es decir, en comunidades pequeñas, aisladas, homogéneas, autárquicas, en las que sus miembros se mantienen juntos por semejanza, derivándose un mutuo apoyo y un sentido de solidaridad grupal y de pertenencia, a la vez que se dotan de normas o valores bien establecidos ^{19 20}.

Siendo este vínculo psicológico menos visible en comunidades industriales o urbanas. Es decir, en comunidades grandes, con mayor densidad de población, donde se desarrolla la diferenciación de funciones, la especialización y la interdependencia. La unidad de la población es la división del trabajo más que el consenso, y las normas o valores están menos claramente establecidas o de forma más débil e inestable. En estas sociedades existe una tendencia a la desaparición del sentimiento de pertenencia y de aparición de un fuerte individualismo, que impide la conciencia comunitaria sobre los problemas comunes y sobre la necesidad de la solidaridad para abordarlos. Son comunidades que tienden a la disgregación, a la "anomia" de Durkheim o a la "alienación" de Marx ^{21 22}. El sentimiento de comunidad en este tipo de sociedades se encuentra sólo en los clubes de fútbol, en los deportes de masas o en grandes agrupaciones como la nacionalidad.

MacIver y Page analizan en su texto ya clásico de sociología ²³ el sentimiento de comunidad, identificando varios elementos:

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

2°. El sentimiento de representación de un papel, es decir, el sentido del rango o posición social, el lugar que cada uno tiene dentro del conjunto de la comunidad.

18 HAWLEY, A.: *Ecología humana*. Tecnos. Madrid, 1982.

19 GINER, S.; y FLAQUER, I.: *Op cit*

20 HAWLEY, A.: *Op cit*

21 GINER, S.; y FLAQUER, I.: *Op cit*

22 BLEGER, J.: *Op cit*.

23 MACIVER, R. M.; y PAGE, Ch. H.: *Sociología*. Tecnos. Madrid, 1960.

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

El sentimiento de comunidad se formaría mediante la educación, mediante un proceso de sociabilización en el que se transmiten memorias, tradiciones, costumbres, instituciones y valores (incluyendo los asociados al concepto de salud y enfermedad), que alimentan el sentimiento de poseer algo en común. Al hombre le sería imposible escapar de esta experiencia sociabilizadora de la vida en unión con otros, aunque se rebele contra algunos de sus códigos.

La noción de comunidad y el equipo de salud

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

En los últimos años se han constituido desde las instituciones equipos de trabajo (*Equipos de Atención Primaria, de Salud Mental, de Salud Pública, de Servicios Sociales, etc.*) con la función de dar un servicio a un territorio concreto, a una comunidad (*zona básica, distrito, Área, etc.*). Sin embargo, este mandato institucional de trabajar para un territorio, para una comunidad ha sido interpretado de formas muy diferentes. Por ello se hace necesario que volvamos a las definiciones conceptuales para aclarar qué entendemos nosotros por *trabajo comunitario en el campo de la salud*.

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

Estos fenómenos emergentes van a poder manifestarse con diferentes apariencias en los diferentes ámbitos que componen la comunidad: individual, grupal-familiar, institucional y comunitario. Desde este punto de vista, la lectura y el análisis que el técnico comunitario haga, tanto de las enfermedades y riesgos de salud observados en una comunidad, como de las demandas de servicio que plantee su población, deben realizarse bajo la óptica de la *especificidad de la dinámica de esa comunidad en un momento concreto y con una historia anterior concreta*. Además, el técnico que quiera sacar el máximo provecho a este análisis de emergentes, deberá extender dicho análisis

al resto de ámbitos incluidos en la comunidad, independientemente del ámbito en que ha surgido el fenómeno o la demanda.

Un ejemplo de perspectiva comunitaria: brote de toxiinfección alimentaria

Nos serviremos de un ejemplo para aclarar este modelo conceptual: la atención a una alarma provocada por un brote de toxiinfección alimentaria (por ejemplo, una salmonelosis) en un comedor escolar de una comunidad ²⁴. Un abordaje no-comunitario del problema se limitaría a la atención clínica a los enfermos y la investigación epidemiológica del agente microbiológico causal y del alimento implicado. Este tipo de actuación está protocolizada y puede aislarse de la especificidad comunitaria del brote. Sin embargo, la visión comunitaria del problema integraría a las acciones anteriores otro tipo de aspectos y actuaciones como: la atención al impacto del suceso en los padres de los niños afectados y expuestos, el nivel de riesgo que estos están dispuestos a asumir (¿cierre del comedor?), las fantasías y ansiedades que se despierten con palabras como “epidemia” o “salmonelosis”, la movilización producida por el brote y su impacto en las relaciones entre padres, director del colegio, concejal de sanidad y/o de educación del ayuntamiento, responsables del Ministerio de Educación, dueños de la empresa que sirve las comidas, trabajadores que manipulan los alimentos y equipo de salud.

Podríamos ampliar el análisis, considerando el efecto que la detección de un posible portador asintomático de una bacteria patógena entre los trabajadores de la cocina puede tener en la relación laboral entre la empresa y los trabajadores. Así como la influencia que ha tenido esta relación laboraren las condiciones higiénicas del lugar de trabajo y en la actitud de los manipuladores de alimentos. A la hora de identificar los factores de riesgo relacionados con la contaminación del alimento (deficiente infraestructura y equipamiento del comedor, defectos en el proceso de trabajo, etc.) podríamos incluir en estos factores la confusión existente en algunos casos sobre la responsabilidad institucional (¿Ayuntamiento o Ministerio de Educación?) en la dotación y mantenimiento del colegio.

Por otra parte, el equipo de salud se enfrentará a las resistencias de los diferentes materiales actores a asumir su responsabilidad alícuota del hecho y a buscar soluciones colectivas, implicándose en las mismas y definiendo, consensuando y aceptando un nivel de riesgo sobre la salud. Por esta probable huida de la implicación, fácilmente aparecerá un trabajador portador culpable único del hecho, o el conjunto de trabajadores con deficientes hábitos higiénicos. Estos a su vez culparán al empresario de las malas condiciones laborales bajo las que tienen que trabajar. En la misma línea, el ayuntamiento y la institución educativa se intercambiarán acusaciones mutuas de abandono en el mantenimiento del colegio. Y finalmente los padres acusarán a todos los anteriores de poner en peligro la salud de sus hijos, delegando su solución en el equipo de Salud y en las “autoridades”, y exigiendo que les devuelvan a la situación

24 Nota de enero 2018: Cuando escribí este artículo en 1995 trabajaba en el puesto de Jefe del Servicio de Salud Pública del Área V de la Comunidad de Madrid, siendo las inspecciones de higiene alimentaria y el control de brotes de toxiinfecciones alimentarias una de las principales funciones de este Servicio..

anterior al brote, en la que la ausencia de síntomas les confería la falsa seguridad de *riesgo cero*, de no existir problemas de salud.

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

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

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

b) Lograr la *implicación* de la comunidad en el control de sus riesgos de salud y de sus enfermedades. Supone el favorecer la transformación de la comunidad como conjunto de sujetos pasivos, que delegan estos problemas en los equipos de salud y/o en las instituciones en general, en sujetos activos que se hacen corresponsables de los mismos, y que contemplan al equipo de salud como un recurso más de apoyo para su toma de decisiones.

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

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

Problemas que dificultan la perspectiva comunitaria

Por otra parte esta búsqueda de la implicación comunitaria por parte del Equipo de Salud exige la implicación previa del propio equipo en el abordaje integral del problema de salud, más allá, como ahora veremos, de lo que suele exigirle la propia institución *para la que trabaja*. Esta implicación de los equipos de salud territorializados debe superar varias dificultades básicas con lo que se han encontrado los mismos a la hora de identificar *su comunidad* e intervenir sobre la misma. Analicemos estas dificultades y problemas:

1°. Problemas en relación con el territorio.

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

- Bien porque la zona o distrito que se le asigna al servicio correspondiente es una construcción artificial, que es parte de una comunidad más grande (puede ser el caso de algunas zonas básicas de las grandes ciudades), o abarca varias comunidades (por ejemplo las Áreas o los distritos urbano-rurales) que son tratadas como si fueran una realidad homogénea y por lo tanto tuvieran las mismas necesidades y los mismos problemas de salud.
- Bien porque dicha población atendida se corresponde con la población asignada administrativamente al Centro o al profesional (*las cartillas* asignadas por médico), la cual reside en varias comunidades, o simplemente, se corresponde a la población que acude al Centro a demandar un servicio desde diferentes comunidades.

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

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

En otras ocasiones, más escasas, estos nuevos equipos se asentaban en barrios de la grande y vieja capital. Pero el espíritu comunitario de la metrópolis no ha sido inmune a los cambios que ha traído el proceso de urbanización de los últimos años. Así el encarecimiento del suelo propio de procesos especulativos y un urbanismo promotor de una diferenciación funcional del espacio, ha favorecido la aparición de oficinas, bancos, centros comerciales, etc., a costa de antiguas zonas de vivienda y de encuentro (cines, cafeterías, parques, etc.) con una tradición de vida comunitaria.

A la vez se ha producido una expulsión de la población joven y con menos recursos al extrarradio, quedando los antiguos barrios céntricos populares habitados por tres grupos: personas de edad avanzada y escasos medios económicos, emigrantes marginales y jóvenes profesionales, acomodados y sin hijos, es decir, los sectores más desarraigados desde el punto de vista comunitario. En la periferia más alejada de la ciudad han quedado las zonas de vivienda, sin actividades ni servicios urbanos y jerarquizados por clase social. La consecuente separación lugar de vivienda/lugar de trabajo ha fomentado el desarraigo de la vida doméstica y social ²⁵.

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

25 CEE: *El libro verde sobre el medio ambiente urbano*. Bruselas, 1990.

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

Tomemos una práctica concreta, la Salud Pública, para analizar estos problemas. Los profesionales *clásicos* de la Salud Pública (médicos, farmacéuticos, veterinarios y personal de enfermería) arrastran una falta de formación importante para realizar intervenciones comunitarias. Su identidad profesional está pegada a unos esquemas referenciales profesionales, aprendida en la universidad y en su práctica posterior, que incluye una visión de la enfermedad y de sus riesgos con varios tipos de miradas que no favorecen el abordaje comunitario:

a) La *mirada clínica* que reduce la enfermedad a locus corporales cada vez menores: primero los órganos, luego los tejidos, las células, las enzimas, las hormonas y finalmente los genes. Bajo esta mirada se contempla a los cuerpos como entes sin geografía ni historia, y, por lo tanto, pueden ser estudiados separados y aislados de su medioambiente, de su comunidad^{26 27}.

b) La *mirada de la Policía Sanitaria*, orientada a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias, bajo amenaza de sanción. Estas normas regulan desde la ausencia de un riesgo ambiental o alimentario, hasta la de las conductas de riesgo. Desde esta mirada se percibe a la población como un conjunto de potenciales infractores, colocados en una posición infantil, desde la que necesitan la presión de la vigilancia y el potencial castigo para evitar provocar el riesgo o la enfermedad.

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

- Maneja sólo variables biológicas (edad, sexo, etc.) y asociales, no incluyendo aquellas que mejor pueden caracterizar una comunidad (lugar de trabajo, y no sólo profesión, lugar y tipo de vivienda, clase social, etc.).
- Analiza unidades geográficas grandes que incluyen varias comunidades.
- Pretende constituirse en única herramienta científica de análisis y desprecia cualquier información o método de investigación subjetivo, cualitativo o no-matemático.
- Se limita a analizar pero no a intervenir. Por ejemplo: sacar las tasas de toxiinfecciones alimentarias, de tuberculosis o de cánceres, pero no actuar sobre ellas. Se limita a ser el contador de muertos y enfermos.

26 FOUCAULT, M.: *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores. Madrid, 1980.

27 VOURI, H.: "El modelo médico y los objetivos de la educación para la salud", en *Tendencias actuales en educación sanitaria*. Quadern CAPS, 8. Barcelona, 1987.

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

d) *La mirada de la pedagogía moralizante.* Al igual que con la mirada de la policía sanitaria se persigue el desarrollo de normas de conducta higiénicas frente a conductas *viciosas* para la salud, teniendo ambas miradas su origen común en las ideas del Despotismo Ilustrado. Sin embargo, aquí la herramienta no es la sanción, sino la transmisión de información sobre los modelos de conducta adecuada (tabaco, alcohol, sexualidad, alimentación, etc.), sin tener en cuenta los factores antropológicos y comunitarios que determinan dichas conductas. El proceso educativo queda reducido a la simple aportación de información mediante charlas, folletos o cuñas publicitarias.

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

4°. Problemas relacionados con la evaluación.

Las instituciones sanitarias favorecen la caída en desgracia de la Salud Comunitaria no sólo no habilitando estos espacios de formación, sino no integrando parámetros comunitarios en la evaluación del desempeño del trabajo. En estos casos el equipo de salud se verá valorado en función que atienda la demanda (de pacientes, de consumidores, de denuncias, de informes, etc.), sin necesidad de *complicarse* con lecturas comunitarias de la misma. O bien, se evaluará el cumplimiento de las funciones clásicas atribuidas a la práctica profesional, medida por indicadores cuantitativos (en el caso de la salud pública un ejemplo sería: número de análisis de aguas, número de inspecciones sanitarias, número de vacunas suministradas, etc.).

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

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

Al quedar el trabajo comunitario fuera del contrato con la institución, sólo puede ser posible si se asume voluntariamente por los técnicos desde planteamientos profesionales o ideológicos. Así son frecuentes situaciones en las que uno o varios

miembros del equipo se especializan en el trabajo comunitario. Estos profesionales pueden, a veces, abrir camino al resto del equipo en su relación con la comunidad, dinamizándole y estimulándole a superar las dificultades apuntadas. Sin embargo, es más frecuente que se cronifiquen como *especialistas*, sobre lo que el equipo deposita la tarea comunitaria, no haciendo éste el esfuerzo de salir de lo fácil, de lo conocido desde el esquema profesional, de lo instituido.

6°. Problemas relacionados con la protocolización.

Es frecuente que los nuevos equipos fundados en un marco de reforma institucional, después de pasar una fase inicial de confusión, caracterizada por un débil control institucional y un predominio de iniciativas y programas desde la periferia de la institución (*fase instituyente o centrífuga*) alcancen una fase de protocolización y homogeneización de objetivos y programas. Esta fase supone un mayor control institucional, desde los niveles directivos, sobre los equipos, y una limitación de las iniciativas de estos (*fase instituida o centrípeta*).

Durante esta fase de protocolización no sólo se unifican los registros (historias clínicas, protocolos de inspección, registro de actividades, programas informáticos, etc.), sino también se homogenizan los programas y actividades que hasta entonces venían realizando los diferentes equipos. Los niveles directivos se suelen asegurar el control de unas actividades mínimas a realizar por parte de los equipos.

Este proceso de estandarización puede tener un impacto negativo en el trabajo comunitario, en el caso que la protocolización pase de ser un instrumento unificado para el registro y la evaluación, a convertirse en el vehículo de la burocratización, es decir, a favorecer respuestas estandarizadas frente a las demandas comunitarias. Así, por ejemplo, el Programa de Hipertensión del equipo A y su desarrollo no se diferencia del equipo B que se encuentra en otra comunidad, o la forma de responder al alcoholismo en la comunidad A es la misma que la que se utiliza para la comunidad B. Otro problema se plantea cuando la dirección fija un mínimo común de actividades tan amplio que abarca prácticamente toda la jornada laboral e impide el desarrollo de actividades específicas (no comunes) dirigidas a problemas específicos de la comunidad.

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

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

Capítulo 2: Desarrollo comunitario (“Community development”)

Iniciamos hoy²⁸ una nueva serie sobre “Desarrollo comunitario” (DC, a partir de ahora), para acercarnos a un campo de conocimientos, prácticas y experiencias, que tienen muchos elementos en común con la salud comunitaria y que puede ser una valiosa fuente de conocimientos y contactos para los que trabajamos en el campo de la promoción de la salud. Como veremos, el DC no solo es un enfoque de trabajo en las comunidades, sino un campo profesional y disciplinario en construcción. Aunque está más claramente “recortado” en el mundo “desarrollado” anglosajón (el “norte”), bebe de experiencias y métodos originarios del “sur” latino y del “sur” del tercer mundo. Tiene diferentes enfoques y representantes, que van desde la pedagogía revolucionaria hasta la mera beneficencia social mitigadora de las miserias del capitalismo.

En los últimos años nos hemos ido familiarizando con algunos de sus originales propuestas (el banco del tiempo, los microcréditos, los huertos urbanos, las cooperativas de créditos, las comunidades compasivas, las redes de comercio justo, el empresariado social, los métodos de gobernanza participativa, el uso de las técnicas de metanarrativas, historias de vida y cuentacuentos, los foros sociales, el arte comunitario, etc.), que iremos describiendo en las próximas entregas.



Fuente: <http://www.spokanecitycd.org/>

Community development

Debo confesar que solo recientemente²⁹ he descubierto el “community development” o desarrollo comunitario, como un área de conocimientos, destrezas y prácticas, de gran interés para los salubristas y, muy en concreto, para los que trabajamos en el campo de

²⁸ Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 5 de septiembre de 2010

²⁹ A raíz de mi interés por conocer [los centros de vida saludable \(“Healthy living centres”\)](#) del Reino Unido, he entrado en contacto con trabajadores comunitarios ingleses y visité, hace un par de meses, el área del Black country, en el corazón de Inglaterra, al noroeste de Birmingham, donde conocí interesantes experiencias de DC, que intentaré compartir con vosotros, en esta nueva sección de DC, y que creo que puede ser muy provechoso para nuestras intervenciones en Salud Pública.

la salud comunitaria o la promoción de la salud. Algunos llevamos años operando alrededor del concepto de “comunidad” y de sus diferentes declinaciones (salud comunitaria, intervención comunitaria, participación comunitaria, etc.), pero casi siempre desde la orilla de la salud, que aunque con vocación holística, tiene sus estrecheces y anteojeras. Hasta ahora, yo no era consciente de que incluso había una profesión de DC y un campo reglado de formación e intercambio de conocimientos sobre DC, especialmente en los países anglosajones (Reino Unido, EE.UU., Australia, etc.).

Mis intentos de encontrar experiencias bajo el mismo nombre, en el campo profesional, académico o de la producción bibliográfica en España han tenido resultados escasos, lo que me ha llevado a la conclusión que, o bien no ha tenido un desarrollo de la misma magnitud en nuestro medio, o lo ha hecho bajo otras denominaciones. Tal vez, algunos planteamientos, como los de los seguidores de la investigación-acción comunitaria (por ejemplo, el grupo que se ha ido formando en España alrededor de la figura de Marco Marchioni o la escuela de Perugia, etc) o ciertos enfoques, conocimientos y prácticas, transmitidos en las escuelas de diplomados en trabajo social (y, más recientemente, en las de educadores sociales), pueden considerarse próximos al DC (si algún lector, puede contradecirme, indicándome otros representantes del DC en España, se lo agradecería). También tengo la impresión que en Latinoamérica, bien por la influencia del vecino del norte, bien por la tradicional vocación comunitaria propia, ha tenido un mayor desarrollo.

El DC tiene como fin el empoderamiento de individuos y grupos, proporcionándoles las habilidades necesarias para emprender cambios en sus propias comunidades. Estas habilidades se concentran frecuentemente alrededor de la construcción de un poder político, a partir de la constitución de grupos sociales trabajando para objetivos comunes de mejora de su comunidad. Se hace DC empezando por la lucha contra la pobreza y la exclusión social; continuando por la profundización de la democracia, el fomento de los lazos de solidaridad, el incremento de la cohesión social; alcanzando el objetivo final de la construcción de comunidades cada vez más autónomas, más conscientes de los determinantes, que favorecen o impiden su desarrollo, y más resistentes a la discriminación y la explotación³⁰.

Lo anterior suena a propio de una declaración política. Y lo es. Pero el DC es también un conjunto de técnicas, prácticas, conocimientos, métodos; puestos en práctica, probados y seleccionados a través del tiempo, y transmitidos a otros, tanto en aulas como en barrios. Estas técnicas de DC pueden ser tanto utilizadas por ciudadanos voluntarios, como por profesionales o instituciones que intervienen en las comunidades.

Trabajadores comunitarios, una disciplina en construcción

En el caso del Reino Unido, los trabajadores comunitarios o de DC (*community workers* o *community development workers*) son desde voluntarios o empleados por ONG's (las organizaciones sin ánimo de lucro, de origen caritativo, o *charity trustees*), hasta empleados públicos de autoridades locales, de gerencias de atención primaria (*Primary Care Trust*) o del servicio nacional de salud (*National Health Service*). También hay

30 http://en.wikipedia.org/wiki/Community_development

profesionales que, sin ser trabajadores comunitarios, han incorporado el enfoque del DC en sus diferentes áreas y practicas profesionales (salud comunitaria, viviendas sociales, defensa de derechos sociales y civiles, integración de inmigrantes, refugiados y demandantes de asilo, atención y prevención de adicciones y diferentes tipos de violencia, educación de adultos, fracaso escolar, empleo, rehabilitación de barrios, planificación urbana, regeneración económica, empresariado social, cooperación internacional, etc.).

Hay diferentes vías para formarse como trabajador comunitario³¹, pero me da la impresión que el DC está atravesando por un proceso de profesionalización de una acción polimorfa y diversa, que tiene un origen voluntario. Estaríamos en un momento de institucionalización del campo profesional o de consolidación disciplinaria. Ello se hace a través de la definición de contenidos mínimos comunes y de la acreditación de esta practica. Tenemos, como ejemplo, la definición de unos “Estándares ocupacionales nacionales para el DC” en 2009 (*Community Development National Occupational Standards 2009*)³², por parte de la “Federación de aprendizaje del DC” ([Federation for Community Development Learning](#)). El documento aquí citado es de interés, pues, además de incluir un interesante glosario de términos de DC con varias referencias bibliográficas, define como valores claves del DC:

- La igualdad y la anti-discriminación
- La justicia social
- La acción colectiva
- El empoderamiento comunitario
- El trabajo y el aprendizaje participativos

Imagino que este campo disciplinario en construcción entra en competencia con otros campos, como suele ocurrir en todo proceso de profesionalización (¿Tal vez, el de los trabajadores sociales? ¿Conviven *social workers* con *community workers*?)

Pedagogos revolucionarios o mercenarios de la beneficencia

Como en todos los campos profesionales de acción social (en los que incluyo la salud pública), el posicionamiento ideológico de sus practicantes, de carácter más o menos radical, en relación al origen de la desigualdad social, produce un amplio rango de enfoques que conviven bajo el mismo término. Este rango abarca desde el activismo político-social en contra del sistema capitalista (mediante la concientización pedagógica del oprimido), hasta practicas de mitigación de los efectos más extremos y visibles del sistema (pobreza, exclusión, barrios deprimidos, etc.), que, para algunos, tienen el valor de aliviar, en lo posible, los sufrimientos cotidianos de los desheredados. Sin embargo, para otros, estas intervenciones "tampón" solo contribuirían a la supervivencia del sistema. En el mismo sentido, los trabajadores comunitarios no dejarían de ser los herederos de las antiguos enfoques del pauperismo. Es decir, bajo la misma denominación de DC podemos encontrar pedagogos revolucionarios, junto con

31 Para los interesados, ver:

http://ww2.prospects.ac.uk/p/types_of_job/community_development_worker_training.jsp

32 http://www.fcdl.org.uk/NOS_Consultation/Documents/NOS_CD_Eng_v2finalartworkedversion.pdf

mercenarios de la beneficencia social, que, al frente de una telaraña de ONG's y fundaciones, compiten por fondos públicos, buscan nuevos nichos de necesidades sociales no cubiertas por servicios comunitarios (a inventar o copiar), y se benefician del activo mercado subsidiado del alivio de los pobres, en las deprimidas "zonas de acción especial" del Reino Unido, devastadas por el neoliberalismo salvaje de los 90.

Como sabemos, los que hemos seguido este debate, en la sección de ["Biopolítica y Salud Pública"](#) de este blog, es una antigua discusión, también en el campo de la Salud Pública (en relación a la contradicción intrínseca de la Salud Pública, a la vez, herramienta de sujeción de las poblaciones por parte del poder, en sentido amplio, e instrumento y argumento para la mejora de la calidad de vida de los desfavorecidos).

Por otra parte, aunque la consolidación actual, como campo disciplinario y profesional, parece remitirnos, como hemos dicho antes, de nuevo, al mundo "del norte" y de la cultura anglosajona, impregnado en una compleja mezcla de lógicas liberales, puritanas-protestantes, y social-laborista (propios del comunitarismo norteamericano, de los seguidores de las teorías del capital social de Robert Putnam o de la tradición de las organizaciones caritativas británicas, que han seguido floreciendo desde la original preocupación burguesa por los pobres en el siglo XIX, hasta las recientes políticas laboristas de lucha contra las desigualdades sociales en salud), cuando profundizamos en el campo, nos damos cuenta que éste bebe de teorías y prácticas tan amplias, y propias del "sur" (el sur latino, el sur del tercer mundo, el sur colonial, tanto africano asiático), como son las de Paolo Freire en Brasil, las de Antonio Gramsci en Italia, las de [José María Arizmendiarieta](#) en el País Vasco (Mondragón) o las Gandhi en Sudáfrica o el padre Ferrer en la India.

Con el fin de profundizar en este campo del DC y de familiarizarnos con algunas de sus experiencias, textos y personajes claves, iniciaremos hoy una nueva sección o categoría en nuestro blog, llamado precisamente "Desarrollo comunitario". Espero que os resulte interesante y provechosa. También espero que me ayudéis a ir la construyendo con vuestros comentarios, correcciones y aportaciones.

Capítulo 3: Desarrollo comunitario radical, según Margaret Ledwith

Dentro de la serie de Desarrollo comunitario (DC) que empezamos la semana pasada, hoy³³ presentamos (y recomendamos) un libro, que expone una visión radical del DC: *Margaret Ledwith. Community development. A critical approach*. Ledwith, una trabajadora comunitaria con amplia experiencia en la intervención en vecindarios humildes del corazón de Inglaterra, apuesta por un enfoque del DC, en el que el análisis del poder y las formas de dominación-discriminación, presentes en cada comunidad, ocupan un eje central en su práctica transformadora. Desde tres referentes nucleares: la pedagogía revolucionaria de Paolo Freire, el concepto de hegemonía de Gramsci y la denuncia feminista de la dominación en el ámbito interpersonal, construye una praxis (unión de teoría y práctica), que fomenta el despertar de la apatía de los dominados, su pensamiento crítico y la autonomía y el cambio de las comunidades. El análisis de la comunidad ("*Community profiling*"), implicando a la misma, es el primer paso para un proyecto de acción. *La matriz de opresión* es uno de los instrumentos de organización de este análisis



Figura 1: Portada del libro

Margaret Ledwith

La autora es una de las más prestigiosas practicantes y enseñantes del DC en el Reino Unido. Partiendo del mundo de la enseñanza (de joven fue maestra), su trabajo con refugiados vietnamitas en Escocia, despertó su sensibilidad frente a la discriminación presente en occidente, y la animó a completar un Master en DC por la Universidad de Edimburgo. Su contacto con diferentes docentes, especialmente algunos especializados en educación de adultos, le llevaron a conocer las teorías de Freire y Gramsci, entre otras, a la vez, que iba empapándose de los enfoques del movimiento feminista. Con

33 Publicado en el blog "Salud Pública y algo más" el 16 de septiembre de 2010

este bagaje e inquietud, construyó un enfoque radical y anticonformista del trabajo con las comunidades, desarrollando durante una década un activismo comunitario de base (*grassroots activism*) en contextos socialmente deprivados y multiculturales del área de Manchester. Su práctica se sitúa temporalmente durante las políticas tatcherianas de erosión y desmontaje del estado del bienestar de los años 90, y durante la recientemente terminada era del “Nuevo Laborismo”, en la que el DC volvió a merecer la atención de las autoridades (aunque desde un difícil intento, según la autora, de compatibilizar libre mercado con DC). Actualmente vive en su ciudad natal de Lancaster, siendo profesora de DC en el St. Martins College. Su anterior libro, *Participating in transformation*, se convirtió en un texto clásico para la formación en DC.



Figura 2: Margaret Ledwith mostrando su libro

DC radical

Ledwith defiende en su libro³⁴ lo que llama *DC radical*, que se resume en cinco puntos:

1. El compromiso del DC radical con la acción colectiva hacia la justicia social y ambiental
2. Esto se inicia mediante un proceso de empoderamiento a través de la concienciación crítica, y crece a través de la participación en los asuntos locales
3. Un abordaje crítico requiere un análisis del poder y la discriminación en la sociedad
4. El análisis necesita ser entendido en relación a las ideas dominantes y el contexto político más amplio
5. La acción colectiva, basada en este análisis, debe enfocarse a las causas originarias (o “radicales”, referidas a que están en la raíz) de la discriminación, más que a los síntomas.

34 Margaret Ledwith. *Community development. A critical approach. A BSW/Policy Press title. Bristol, 2008.* Desgraciadamente, que yo sepa, no está traducido al castellano, ni a ninguna otra lengua del Estado Español.

El DC comienza en las vidas cotidianas de la gente. Está basado en un proceso de educación crítica que anima a la gente a preguntarse por su realidad (el poder del cuestionamiento, aprender a preguntar). La acción colectiva siempre está basada en los principios de democracia participativa y debe ser muy vigilante de los mecanismos mediante los que se infiltra el poder (incluso, en los propios activistas) y se reproducen los hábitos de dominación y discriminación. En un proceso de acción y reflexión, el DC crece a través de una diversidad de proyectos locales que encaran las necesidades sentidas de la comunidad. A través de campañas, redes y alianzas, esta acción se expande más allá del nivel local, alcanzando una dimensión global, que puede transformar las estructuras de opresión, que empobrecen las vidas a nivel local. El abordaje crítico requiere la unidad de teoría y práctica (praxis)

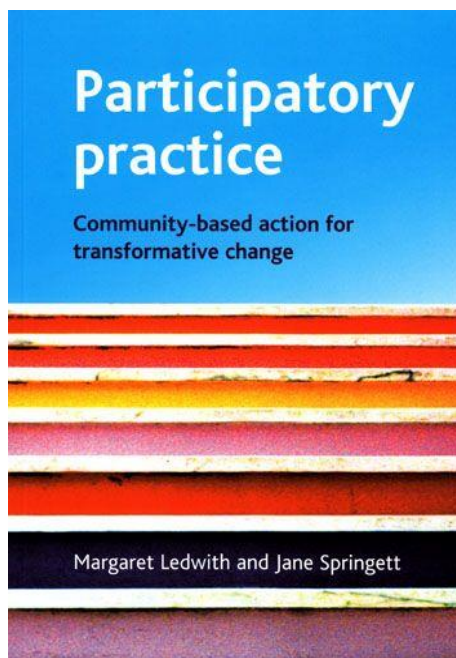


Figura 3: Portada de otro libro de M. Ledwith "Participatory practice"

Tres referencias centrales: Freire, Gramsci y el feminismo

Como hemos dicho antes, Ledwith da mucha importancia a la práctica y a la acción (está en contra de "la revolución de sillón"-*armchair revolution*). Pero, a la vez, siente la necesidad de tener una sólida base teórica, criticando la acción no reflexiva. Éste sostén teórico lo construye a partir de tres referentes centrales, a partir de los cuales, realiza una síntesis, sobre la que construye su enfoque radical :

1. Paolo Freire y su pedagogía crítica. De Freire obtiene varias ideas centrales. Una de ellas, es que la mejor forma de sacar a las comunidades de su apatía (frente a la explotación y la discriminación) es trabajar sobre *la relevancia*: sobre aquello que es relevante o importante en el día a día. La gente pone en juego su energía, y entra en un proceso de aprendizaje y de cambio, si encuentra que la cuestión puede ser relevante para cambiar su vida (*tema generativo*). Por ello, hay que trabajar desde la base, desde los problemas cotidianos. A partir de ellos, favorecer que se hagan preguntas (*problematización*) y se abra un diálogo, que permitan llegar a lo abstracto a partir de lo concreto (sin perder sutileza), llegar a descubrir los

determinantes de la dominación mas amplios y aparentemente lejanos, a partir de la experiencia más local y cercana. Para capturar la realidad cotidiana podemos usar dibujos, fotografías, dramatizaciones, narrativas, etc., que permiten *codificar* la realidad y facilitar el debate sobre la misma. Este proceso pedagógico, también denominado *concientización*, debe ser no autoritario (la autoridad del profesor), bidireccional y su objetivo es crear pensadores críticos y comunidades autónomas, a partir de la construcción de la autoestima y la identidad comunitaria. La educación no puede ser neutral: o es domesticadora o liberadora.

2. Antonio Gramsci y la hegemonía. De Gramsci saca la necesidad de que nos interroguemos por las razones de la resiliencia del capitalismo y de la complejidad de los sistemas de dominación. La hegemonía, como el medio de dominación de una clase sobre la masa de población, no solo se consigue con la coerción, sino a través de formas de persuasión ideológica (*el poder de las ideas*) que se interiorizan y aparecen como algo propio del *sentido común*. Por lo tanto, permean y determinan los aspectos mas familiares e interpersonales, y acaban por justificar la dominación (al situarse esta en *el sentido común*). De ello, saca la idea de que *lo personal es político*. Las reformas (políticas) no tendrán potencial transformador, si no van aparejadas a un cambio colectivo en la visión del mundo. En la construcción de esta nueva visión crítica, los intelectuales tienen un papel fundamental.
3. Feminismo. También parte de la idea de que *lo personal es político*. La mujer tiene que enfrentarse con, al menos, dos formas de dominación: la que viene de la clase dominante y la de la hegemonía masculina. Esta se ejerce en un campo aparentemente no político, como es el mundo familiar o laboral, a través de los roles sociales naturalizados. Frente a los que enfocan el cambio a luchar contra la hegemonía de clase, el feminismo pone el acento en la hegemonía de género.

Perfilando la comunidad (“Community profiling”)

El trabajo en la comunidad se facilita si se realiza un análisis previo detallado de ella (*profiling*). Este análisis se realiza no solo recogiendo información estadística o documental, sino escuchando las voces de la población. El análisis implica varios niveles, en cada uno de los cuales nos planteamos diferentes preguntas:

- A) Individual: escucharemos a los individuos y nos preguntaremos cuáles son sus preocupaciones, miedos, resentimientos, alegrías y esperanzas ¿Qué es lo que les afecta más en sus vidas? Estas emociones son la clave para encontrar su motivación para la acción.
- B) Grupal: ¿Qué es lo que une a la gente? ¿Cuál son los diferentes intereses representados en los grupos y entre ellos? ¿Cuán activos son los grupos? ¿Cuales son los éxitos conseguidos mediante la acción grupal?
- C) Comunitario: ¿Qué es lo que hace a la gente sentirse parte de la comunidad? ¿Qué diversidad hay en la cultura local? ¿Cuáles son las habilidades de la comunidad? ¿Cuál es la base de la economía local? ¿Qué ha cambiado en los últimos años?
- D) Estructuras/instituciones: Autoridades locales, políticas locales, servicios locales, su eficiencia, planes en marcha, si benefician o perjudican los intereses locales

E) Contexto social más amplio: ¿Quién representa a la comunidad en el gobierno local, regional o nacional? ¿Cómo están reflejadas las políticas y las tendencias regionales, nacionales o globales en la comunidad?

El análisis preliminar debe ser presentado a la comunidad para favorecer su implicación en nuestra acción y estimular el pensamiento crítico. Para ello, nos podemos servir de imágenes, videos, dramatizaciones, etc. que faciliten y sintetizen el material recogido y los conceptos implicados, y que estimulen el debate y la búsqueda de alternativas de acción.

La matriz de opresión

El estudio de la comunidad debe incluir un análisis del poder y las formas de dominación presentes en la misma. Para ello, Ledwith propone un modelo tridimensional, que se mueve a través de tres ejes:

- a) La diferencia (etnia, clase, genero, edad, discapacidad, religión, orientación sexual, etc.): expresa la dimensión de la desigualdad y dominación-discriminación a tratar
- b) El contexto (familia, lugar de trabajo, escuela, barrio, grupos comunitarios, sindicatos, gobierno, etc.) en que se expresa esta dominación.
- c) Los niveles (local, nacional, global, etc.) donde se sitúan, se expresan o tienen su origen estas formas de dominación.

Figure 8.1: Loci of oppressions matrix

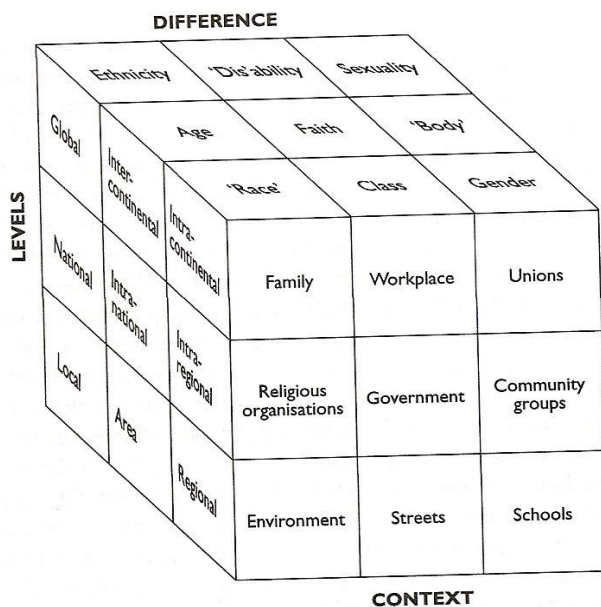


Figura 4: Lugares de la matriz de las formas de opresión ("Loci of oppressions matrix"). Fuente: Margaret Ledwith. *Community development. A critical approach.* A BSW/Policy Press title. Bristol, 2008. Pag 167

Combinando estos tres ejes, se obtiene el "cubo de Rubik" de la figura anterior, que representa una matriz de lugares de opresión, que nos permite organizar el

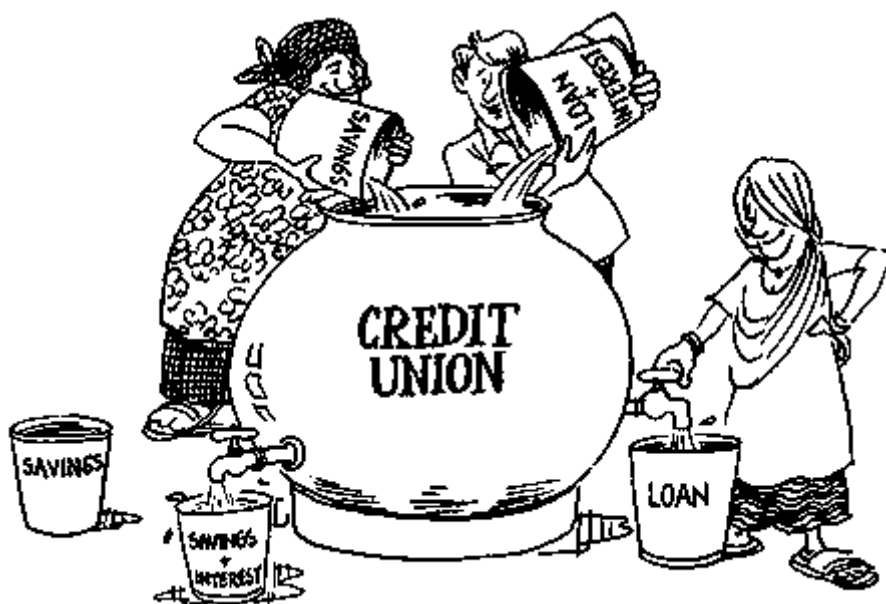
análisis del poder en la comunidad antes de planear la acción. El cubo o la matriz visualiza las diferentes combinaciones de opresión posibles y organiza la formulación

de las siguientes preguntas: ¿Qué dimensiones de la desigualdad (etnia, clase, género, etc.) existen a nivel local, regional, nacional, y en cada uno de los contextos (familia, trabajo, escuela, etc.)? ¿Qué formas de dominación y discriminación implican?

¿Os imagináis incluir el análisis del poder y las formas de opresión como un epígrafe más (aunque probablemente uno de los centrales) de nuestros “clásicos” diagnósticos de salud comunitaria? ¿Alguien lo ha hecho y se anima a contárnoslo?

Capítulo 4: Las uniones de crédito (“Credit union”)

La actual³⁵ crisis financiera golpea especialmente a las comunidades más vulnerables. En estos momentos de dificultades económicas de las familias y con barreras casi insalvables para conseguir créditos bancarios, adquiere especial interés la experiencia de las uniones de crédito (*credit union*). Afrontar las dificultades financieras de las familias más humildes y evitar que caigan en las garras de usureros aprovechados, son sus objetivos principales. Las uniones de crédito son un instrumento más de [desarrollo comunitario](#) y de defensa en común, que busca el fomento del ahorro, la creación de un fondo común que permita obtener créditos a bajo interés a sus socios y la asesoría financiera a los mismos.



La union de crédito-Credit union (savings=ahorros; loan=crédito; interests=intereses). Fuente: <http://paulflynnmp.typepad.com>

Credit union

El libro de Ledwith me llevó a descubrir las *credit union* del Reino Unido. La uniones de crédito son instrumentos para afrontar las necesidades de crédito de familias y comunidades, que por su insolvencia económica, normalmente, no tienen acceso a los créditos bancarios. Proporcionan una oportunidad para salir del apuro ocasional y evitan que los más humildes caigan en manos de los usureros prestamistas, que se aprovechan de estas situaciones desesperadas y les hunden en un círculo vicioso (pobreza-necesidad-préstamo-deuda-intereses-más deuda-más necesidad-más préstamo...más pobreza...), que lleva a la ruina y la desesperanza.

Las tres principales funciones de las uniones de crédito son:

35 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 24 de septiembre de 2010

- Animar a sus miembros a ahorrar regularmente
- Ofrecer prestamos a sus miembros a muy bajo interés
- Asesorar y ayudar a sus miembros a manejarse en sus asuntos financieros

Además del servicio de préstamo, la asesoría financiera es fundamental en comunidades con bajo nivel educativo y de origen multicultural, con problemas lingüísticos. Facilitar la comprensión de una factura recibida, informar cómo y dónde afrontar el pago, además de sobre los derechos como consumidor, es una ayuda inmensa para muchas personas.



Los prestamistas puerta a puerta ("door step lenders"). Fuente: www.tandemfinance.org.uk

Evitando caer en las garras de los usureros

Los prestamistas (llamados tiburones del préstamo-*loan sharks*-y prestamistas de puerta a puerta- *doorstep lenders*) tienen estrategias comerciales muy depuradas. Llamam a las casas que saben necesitadas, ofreciendo como gancho regalos de uso domestico o relacionados con la salud de los hijos (sábanas, mantas, ropa, cacerolas, sartenes...). El destinatario de la seducción son las mujeres. Son ellas las que necesitan ahorrar, pedir prestado y cubrir las necesidades cotidianas. La oferta de préstamo viene después de que se hayan ganado su confianza. Por ello, en el caso que vivió Ledwith en la comunidad de Hattersley (<http://www.hattersley.org.uk/community/>), fueron las mujeres quienes lideraron la formación de la unión o cooperativa de crédito (*Hattersley Credit Union*³⁶).

Estas cooperativas que tienen una tradición centenaria en el Reino Unido³⁷, están fundadas en la cooperación y la confianza mutua entre sus miembros, a los que se

36 Este es un ejemplo de la información sobre créditos en la comunidad de Hattersley: (<http://www.hattersley.org.uk/wp-content/uploads/Advice-Contacts-Hattersley.pdf>)

37 Según algunos, su origen se remonta a las *mutual societies* del siglo XVIII. Su origen se confunde con el de la *Caja de Ahorros*, que según la Wikipedia "no aparecerá en Europa (concretamente en Gran Bretaña Gran Bretaña) hasta la segunda mitad del XVIII, fundado en el pensamiento de [Jeremy Bentham \(1748-1832\)](#). Bentham considera las Cajas de Ahorro como un instrumento de mejora de las condiciones de vida

animan a participar activamente en las necesidades de su comunidad. Son organizaciones sin ánimo de lucro. Después de cubrir los gastos y las reservas estipuladas, los posibles beneficios son devueltos a los cooperativistas en forma de dividendos.

La *credit union* pertenece a sus miembros y es dirigida por una comisión directiva elegida por ellos. Todos los roles son voluntarios, a menos que se llegue a un nivel de desarrollo en que sea conveniente contratar personas. Cada miembro hace una aportación individual (según su capacidad de ahorro) para generar un fondo común, que servirá para ofrecer préstamos (con un interés muy bajo) a los propios cooperativistas. Algunas ofrecen también créditos a otras personas en situación de necesidad, que viven o trabajan en la comunidad³⁸. Los cooperativistas tienen derecho a pedir un préstamo después de haber ahorrado un tiempo (ejemplo, 12 meses). Los ahorros deben permanecer intactos cuando se extrae un préstamo, de otra forma el fondo se reduciría.

Si quieres más información: <http://www.ukcu.co.uk/>



No te juntes con tiburones prestamistas... te costará un brazo y una pierna. Fuente: www.northlincs.gov.uk

de las clases trabajadoras, a través de la remuneración del ahorro, lo que proporcionaba un nivel de seguridad económica superior”.

38. En este caso, se acercan más a lo que es un microcrédito

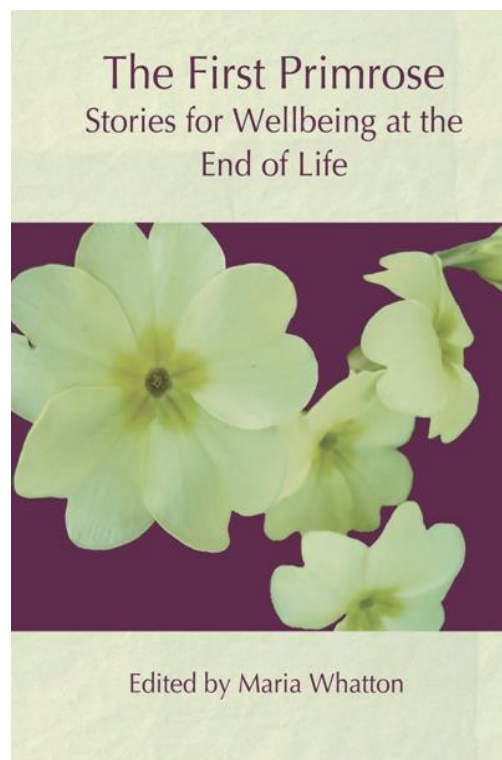
¿Y en España?

Desconozco si en España existen experiencias parecidas a las uniones de crédito británicas o estadounidenses (Por lo que he visto, tras una búsqueda rápida en la red, en Méjico hay organizaciones similares). En España, la función social de las uniones de crédito se relacionaría, lejanamente, con lo que fueron originalmente las cajas de ahorro y montes de piedad, por una parte, y con las cooperativas de crédito agrícola, por otra. Los montes de piedad, como precursores de las cajas de ahorro, eran organizaciones caritativas, inicialmente asociados a los franciscanos. Después, cuando evolucionaron a la cajas de ahorro, formaban parte de los dispositivos de la beneficencia estatal (en 1853 se animaba a los gobernadores civiles a crear cajas de ahorro provinciales). Las cooperativas de crédito agrícola, por otra parte, pretenden ofrecer servicios financieros a los agricultores.

Actualmente, estamos en un proceso en que las cajas de ahorro están abandonando su función social, convirtiéndose totalmente en bancos comerciales clásicos. ¿Será la hora de animar a las comunidades a constituir fondos de ahorro comunes, controlados por los socios, que posibiliten créditos a muy bajo interés?

Capítulo 5: Las comunidades compasivas: el bienestar en el final de la vida³⁹

Cuando le preguntas a la gente dónde preferiría morir: en su casa o en un hospital, el 80% contesta que en su casa. Sin embargo, las estadísticas nos dicen que el 80% acaba muriendo en un hospital o una residencia. Por otra parte, cuando nos enteramos que a un vecino le han diagnosticado una enfermedad que le amenaza la vida, ¿por qué sentimos cierta incomodidad de acercarnos a él y ofrecerle nuestra compasión y ayuda?



Portada del libro: "The First Primrose. Stories for wellbeing at the end of the life" (La primera primula. Historias de bienestar al final de la vida). Editada por Maria Whatton y Manjula Patel. Maria es una escritora y cuenta-cuentos que ayudó a Manjula, la coordinadora del programa de comunidades compasivas en Sandwell, a recoger historias de gente que había sufrido pérdidas y duelos. Se puede descargar en inglés en: <http://www.wellbeingindying.org.uk/pdf/firstprimrose.pdf>

Partiendo de estos datos⁴⁰ y cuestiones iniciales, los fundadores de las Comunidades Compasivas (como el sociólogo salubrista australiano Allan Kellehear), analizaron las barreras que imposibilitan a la gente cumplir sus deseos sobre el momento de la muerte y a las comunidades a enfrentarse solidariamente ante las enfermedades terminales, la muerte y las pérdidas. En base a ello, construyeron un modelo de intervención, que va más allá de los cuidados paliativos, aunque los incluye. El modelo de las Comunidades

39 Publicado en el blog "Salud Pública y algo más" el 4 de octubre de 2010

40 Que corresponden al Reino Unido, pero que probablemente sean igual o mayor en España. ¿Alguien sabe este dato? (ver postdata de enero 2011 al final del capítulo)

Compasivas, que conocí en mi reciente viaje al *Black country* (Inglaterra)⁴¹, es pues otro instrumento de desarrollo comunitario, que me hizo además pensar que en Salud Pública no solemos contemplar el bienestar en el final de la vida, como parte de la promoción de la salud.

Más allá de los cuidados paliativos

En un país como España, donde por desgracia todavía no tenemos suficientes unidades de cuidados paliativos, parecería que no procede hablar del “próximo nivel”. Sin embargo, debemos partir de las siguientes ideas⁴² :

- En nuestra sociedad, hay una clara tendencia a delegar el tema del final de la vida a los profesionales: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, etc., o a los sacerdotes, sin que haya una asunción laica (en el doble sentido: no profesional y no religioso) y colectiva del tema.
- La muerte se está medicalizando. En el pasado, sin embargo, las personas vivían y morían rodeadas y sostenidas por los suyos, especialmente, por las mujeres de su familia y vecindario. Los sacerdotes y los médicos solo tenían una función auxiliar
- Además, la atención profesional al moribundo suele estar fragmentada y ser discontinua. Muy frecuentemente, reside en el marco hospitalario, en vez de en la atención primaria o la comunidad, y tiene, por lo tanto, las desventajas de toda institucionalización. Suele estar medicalizada y se carece del enfoque de la promoción de la salud.
- Las dificultades socio-económicas de acceso a estos recursos profesionales (frecuentemente privados, por el déficit de la oferta pública) suelen ser otra fuente de desigualdades sociales en salud.
- La mayoría de los que están muriendo, no mueren en 48 horas, sino que tienen una enfermedad que amenaza sus vidas por uno, dos o tres años. Durante este periodo se enfrentan a problemas sociales, estigmatización, soledad, aislamiento, discriminación, depresión, ansiedad, incluso, a dificultades sexuales. Éstas son las situaciones que podemos ayudar a prevenir o a reducir su daño, desde la salud pública y el desarrollo comunitario.
- Después de la muerte, muchas personas se encuentran con problemas para vivir con la pena asociada a una pérdida de un ser querido y elaborar el duelo. La pena dura mucho tiempo, incluso es para siempre.

41 Desarrollado por la ONG que gestionaba el centro de vida saludable que visité: Murray Hall Community Trust

42 Algunas se basan en la conferencia impartida el 26 de junio de 2009 por el profesor Allan Kellehear en la *Sandwell Compassionate Communities Conference*, con el título de “Public health and end of life”. Traducido del documento: “Sandwell Compassionate Communities Conference 2009 Report”. Sandwell NHS Primary Care Trust-Bridges support services-Murray Hall Community Trust

¿Qué es una comunidad compasiva?

Una comunidad compasiva es aquella que asume la muerte y el morir como parte de su responsabilidad colectiva, al igual que hace con la salud. Asumir esta responsabilidad no implica renunciar a reivindicar de los poderes públicos los recursos adecuados, sino que lo incluye.

Se entiende por *compasión* el compartir y la empatía. Cuando exhibimos compasión hacia otro, compartimos su sufrimiento, compartimos su carga. Muchas personas en las comunidades han sufrido muchas formas de acompañamientos de moribundos, amenazas de muerte, afrontamiento de graves diagnósticos (de enfermedad terminal, cáncer, demencia, etc.), pérdidas y dolor. Tanto pérdidas de humanos, como de animales de compañía (sobre estos últimos no se atreven a hablar, aunque en los niños y adultos sean, frecuentemente, la primera experiencia de duelo). Podemos utilizar estas experiencias para empatizar con los que sufren. Hay una valiosa experiencia (experiencia de vivir con pérdidas de seres queridos, experiencia de vivir con una enfermedad amenazante para la vida), que se puede compartir, pero que muchas veces se calla y se oculta.

En las comunidades compasivas, se movilizan voluntarios y profesionales con diferentes funciones.

- Aumentar la conciencia de la comunidad y de los profesionales sobre las situaciones implicadas en la muerte, y favorecer un cambio de actitud y comportamiento, a través de charlas, noticias en medios, organizar grupos de debate, etc.
- Ayudar a compartir la experiencia sobre el final de la vida, animando a la gente a contar su historia.
- Promocionar un modelo de cuidados paliativos integral, vinculado a la Atención Primaria de Salud y con una orientación hacia la Promoción de la Salud en el final de la vida, cuidando del bienestar de los moribundos y de sus allegados, y ayudando a éstos en sus duelos.
- Organizar eventos para recoger fondos para estos fines.
- *Programas de vigilancia compasiva*. Al igual que estamos obsesionados con nuestra seguridad y desarrollamos "sistemas de vigilancia del vecindario", las comunidades compasivas "vigilan" si en el vecindario hay moribundos, ancianos frágiles y aislados o familias que han sufrido pérdidas. Ofrecen compasión, ayuda mutua y acompañamiento.

En las comunidades compasivas, sus miembros tienen a su alcance los recursos adecuados (incluidos los de cuidados paliativos) para morir bien en sus casas, rodeados por los suyos, si así lo desean.

Si quieres saber más:

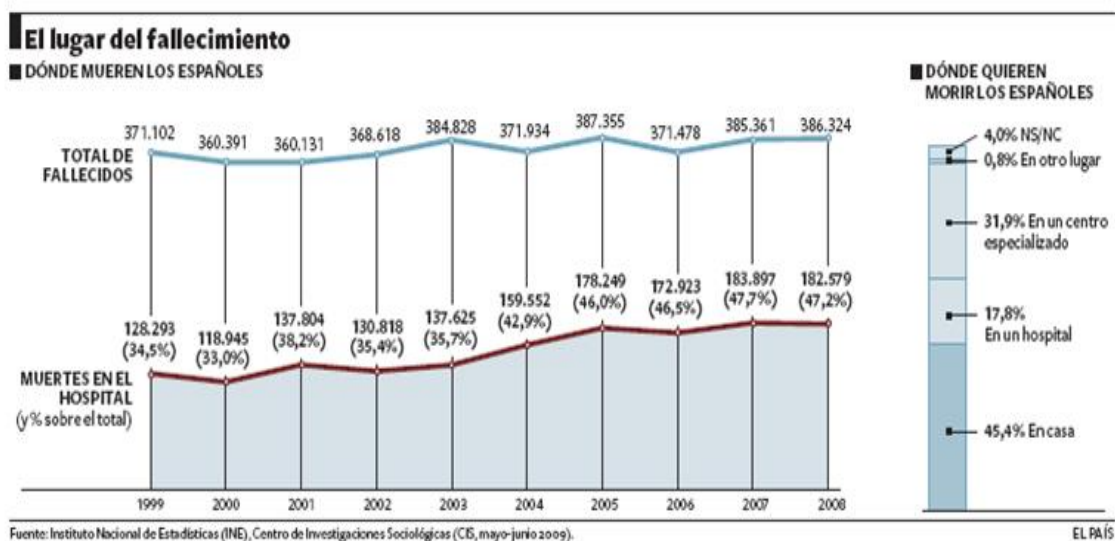
- Murrayhall trust: <http://www.murrayhall.co.uk/Content.aspx?viewcontent=42>
- Dying matters coalition (La coalición "morirse importa"/"cuestiones sobre la muerte"): www.dyingmatters.org
- Video "Party for Kath": <http://www.dyingmatters.org/site/party-for-kathparty-for-kath>

El video trata sobre la importancia de hablar sobre nuestros muertos, la importancia de hablar sobre como nos gustaría morir o que celebraran nuestro funeral. En este caso el hijo, la nuera y las hijas de la difunta Kathy hablan sobre ella y organizan su funeral con un party con sándwiches, música y la presencia (en cartón) de su ídolo: el cantante Cliff Richards. Otros hablan sobre cómo les gustaría que fuese su funeral y la importancia de compartir y no evitar los temas alrededor de la muerte.

- Wellbeingdying: <http://www.wellbeingindying.org.uk/introduction.htm>
- Allan Kellehear: <http://www.bath.ac.uk/soc-pol/people/akellehear.html>

Postdata (enero 2011)

Después de haber editado este post, el 3 de diciembre de 2010, el diario "El País" publicaba un interesante artículo, escrito por Emilio de Benito y titulado "[Quiero morir en casa, ¿puedo?](#)" (pinchad en el título para acceder al artículo). Entre otras cosas (ejemplo, opiniones de especialistas y afectados), aportaba estadísticas relativas a España. Según una encuesta del CIS de 2009, aunque solo un 17,8% quería pasar sus últimos momentos en un hospital (el 45% quería morir en su casa), al final más del 47% acababa muriendo en el hospital. Esta cifra había sufrido un aumento constante en la última década desde un 34% en 1999. Desconozco si los datos son comparables a los del Reino Unido, antes mencionados. Si es así, resultaría que el % de muertes en hospital sigue siendo menor en España. También, el % que desearía morir en su casa. Os recomiendo la lectura del artículo.



El lugar de fallecimiento de los españoles. Dónde mueren (1999-2008) y dónde quieren morir (2008). Fuente: El País 3.12.2010. Emilio de Benito "[Quiero morir en casa, ¿puedo?](#)"

Capítulo 6: “Food mapping”, midiendo el acceso a alimentos saludables⁴³

Recomendarle a la población que consuma cinco piezas de frutas y verduras frescas al día, sin preocuparnos si tienen fácil acceso a las mismas, es, cómo mínimo, un ejercicio inútil, sino una forma de culpabilizarla por su mala salud. Basándose en esta idea, se ha desarrollado el *Food mapping*, como un método para medir las oportunidades que tiene una comunidad para acceder a comercios y mercados que ofrezcan estos productos a precios razonables.

Utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, con un enfoque de participación y desarrollo comunitario, junto con sistemas de información geográfica, se confecciona un mapa identificando las viviendas del barrio con acceso (a una distancia a pie razonable) a comercios, que vendan alimentos saludables, culturalmente aceptables y a precios adecuados. Además, se analizan las dificultades que tienen consumidores y comerciantes para comprar y vender estos productos, y se hacen propuestas a los responsables políticos y a los líderes comunitarios.



Fuente de la foto: www.hffcanada.com

La alimentación saludable, como elemento de la planificación urbana

En nuestro país, estamos viendo como avanzamos (marcha atrás) hacia una situación que ya es una realidad en algunos países del centro y norte de Europa, donde he vivido: la gran dificultad de conseguir en tu barrio alimentos frescos y saludables, especialmente frutas y verduras frescas. Estamos asistiendo pasivamente al cierre de mercados de alimentos frescos y de pequeñas tiendas de barrio, fruto del avance de las

43 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 17 de octubre de 2010

grandes superficies. Sus pautas de distribución centralizada llevan consigo cinco consecuencias indirectas importantes:

- La expansión del tráfico rodado (ponen miles de camiones en las carreteras ya congestionadas, para transportar los alimentos a miles de Km. y además, obligan a sus clientes a usar sus automóviles para acudir al supermercado)
- La dificultad del acceso al lugar de compra de las personas con problemas de movilidad (ancianos y discapacitados)
- La disminución de la frescura de los alimentos ofertados (para aguantar los largos tiempos de transporte y de almacenamiento, los alimentos “frescos” son refrigerados o congelados, además de envasados...).
- La dominancia de la oferta de alimentos menos saludables, a precios más baratos (elaborados industrialmente, con conservantes, con grasas no saturadas, alimentos precocinados, etc.)
- El abuso del uso de envases de difícil eliminación posterior (plásticos, cartones, etc.)

Es decir, la forma como nos relacionamos con los alimentos que consumimos, determina no solo nuestra salud, sino la configuración de nuestra ciudad, su sostenibilidad, e incluso, su autonomía política y económica. El hecho de que el lugar de producción de alimentos esté cada vez más alejado y desconectado (geográfica y políticamente) del lugar de venta y consumo, y que esté dominado por las grandes compañías multinacionales de la alimentación, no favorece ni la soberanía alimentaria de los países donde se producen los alimentos (generalmente pertenecientes a países de renta baja), ni la soberanía planificadora de la ciudad donde residen los consumidores (incluidas, las ciudades de países de renta alta).



Mercado Maravillas en Cuatro Caminos (Madrid). Fuente: www.flickr.com

Alimentación y Glocalización

Si consideramos que la obesidad y la diabetes, entre otras enfermedades relacionadas (cardiovasculares, cáncer, etc.), están siendo un problema de salud pública de primera magnitud en nuestras ciudades; si somos conscientes del papel central que tienen en

su desarrollo la inactividad física y la inadecuada alimentación; si consideramos que los poderes públicos tienen la responsabilidad en procurar el bienestar de la población; debemos concluir que el asegurar un acceso a alimentos sanos a precios razonables, en nuestros barrios (además de facilitar el ejercicio físico), debe ser una de las prioridades políticas de nuestros gobernantes; y muy especialmente, de los responsables municipales.

No se trata tanto de oponernos a las indudables ventajas de la globalización, sino de ser conscientes sobre quién y qué intereses están marcando las pautas de la misma, e intentar controlar los desarrollos negativos de la misma para nuestra salud y nuestras ciudades. Dentro del espíritu de la *glocalización* (globalización+localización: *piensa globalmente y actúa localmente*) y desde el enfoque del desarrollo comunitario, se ofrece un instrumento sencillo pero imaginativo de medir este problema. Es decir, medir el acceso a alimentos saludables a precios razonables. Se llama *Food mapping*, es decir el mapa de la alimentación.



Al estudiar el acceso a los alimentos saludables, debemos de tener en cuenta las limitaciones de movimiento de las personas mayores y discapacitadas. En la foto: jubilado arrastrando un carrito de la compra en una población española. Fuente: Juan Moreno (www.juanmoreno.com), obtenida de: <http://www.serviciosjfp.com/Canales/otros/000293.htm>

Food mapping en Sandwell

En la zona del *Black country* (Inglaterra), que, como ya comenté en artículos anteriores, visité antes del verano, se realizó un mapa de alimentación (*Food mapping*) en la comunidad de Sandwell (una de las zonas de salud de actuación especial: “Health action zones”). Lo hizo un equipo de la universidad de Warwick, liderados por Rosemary Kyle, socióloga de la alimentación, y Angela Blair, salubrista nutricionista⁴⁴. Forma parte

44 Dowler, E., Rex, D., Blair, A., Donkin, A., and Grundy, C., *Measuring Access to Healthy Food in Sandwell*, University of Warwick and Sandwell Health Action Zone, 2001. Se puede acceder a un resumen de su trabajo en: <http://www.communityfoodandhealth.org.uk/fileuploads/rtdn9foodmap-5241.pdf>

de un proyecto más ambicioso de planificación y renovación urbana de Sandwell, que incluye el aseguramiento de una alimentación sana, a través de políticas de incentivo al comercio local y de desarrollo de la agricultura urbana, del que hablaremos en otros artículos de esta serie.

Los pasos de la investigación se podrían resumir en:

1. Identificar el área de estudio: su estructura urbana y sus fronteras administrativas, la información sobre su población (censo, estudios sociológicos, etc.), sus comercios, sus transportes, sus movimientos, los mapas disponibles, etc.
2. Identificar los alimentos que son sanos y aceptables para la población local. Usando métodos de evaluación participativa (con el apoyo de técnicas y materiales - visuales, orales- que exploran las opiniones, preferencias de la población local), se confeccionan *listas de la compra comunitaria*, en donde se ha definido aquellos alimentos típicamente consumidos por las diferentes comunidades étnicas locales y que cumplen los criterios de las guías de alimentación saludable. Identificar las necesidades de alimentación de los que trabajan en la zona.
3. Identificar la disponibilidad de comercios locales donde pueda satisfacerse la lista de la compra comunitaria. Medir su accesibilidad a personas en silla de ruedas o con problemas de movilidad (ancianos, discapacitados, etc.). Evaluar la frescura de los alimentos vendidos. Evaluar su precio. Entrevistar a los comerciantes y averiguar los problemas que tienen para ofrecer alimentos adecuados. Evaluar los problemas de seguridad en la zona que desincentivan al comercio.
4. Confeccionar los mapas donde se sitúan los comercios con alimentos adecuados y a buen precio que se encuentran a menos de 500 mts de distancia de la vivienda o lugar de trabajo⁴⁵.
5. Analizar los datos cuantitativos (encuestas) y cualitativos (entrevistas, grupos, observaciones, etc.) recogidos.
6. Compartir los datos, analizarlos y proponer alternativas de acción con la comunidad local.
7. Diseminación y acción: Dar a conocer los resultados, las necesidades y las propuestas de acción. Influir en los que toman decisiones.

En la figura 1 de la página siguiente se muestra el acceso a comercios de alimentación de cualquier tipo. Las calles en negrita son calles con viviendas a una “distancia a pie razonable” de al menos un comercio. Es decir, la mayoría de las viviendas del vecindario tiene acceso a tiendas de alimentación. Sin embargo, la mayoría de ellas venden alimentos con alto contenido en grasas, azúcar y sal. Traducción del texto de la leyenda: calles a menos de 500 mts.; calles a más de 500 mts.; vías de ferrocarril, canales y arroyos; códigos postales con uno o más comercios.

⁴⁵ Es el equivalente a caminar con bolsas de la compra durante diez minutos aproximados para llegar a uno o dos comercios que vendan artículos de la lista de la compra comunitaria, o como mínimo 8 artículos de fruta o verduras frescas; o vivir a 500 mts de uno o dos comercios que vendan a precios inferiores al precio de coste medio

En la figura 2 se muestra el acceso a comercios que venden como mínimo 8 tipos de frutas y verduras frescas a precios razonables. Las calles y viviendas a “distancia a pie razonable” se muestran en negrilla. Tener acceso a 8 de estos alimentos es un requerimiento modesto. Sin embargo, el mapa muestra claramente que la mayoría de los comercios que venden a rangos de precios razonables, no ofrecen este número de frutas y verduras.

Figure 1

Roads within 500m of a postcode containing one or more shop selling some food.

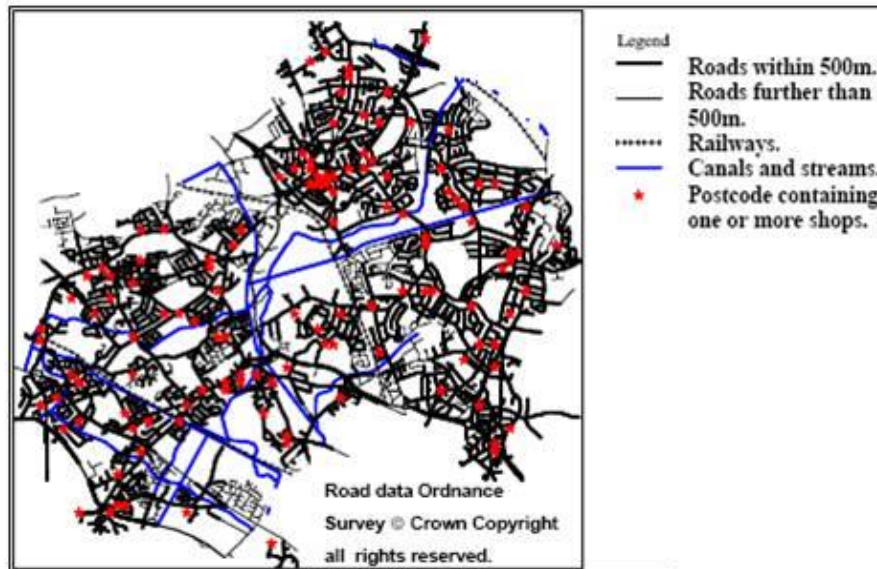
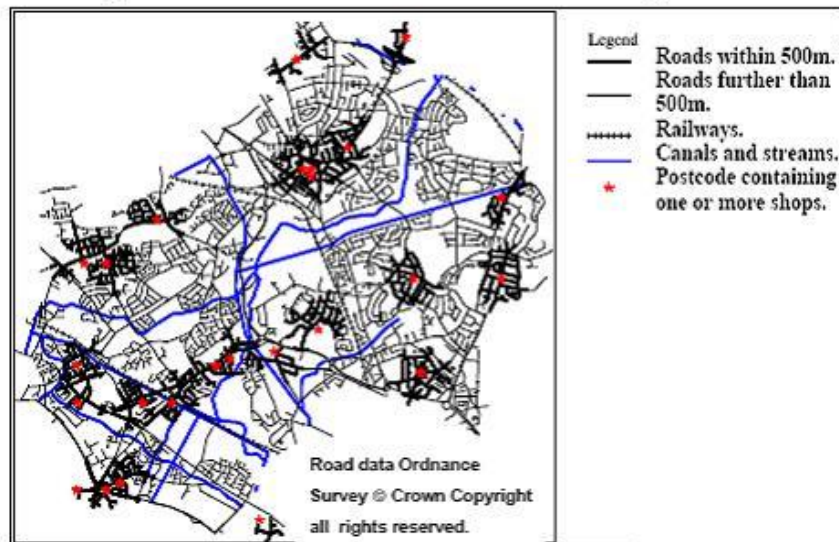


Figure 2

Roads within 500m of a postcode containing one or more shops where food is reasonably priced and which sell at least 8 kinds of fresh fruit and vegetables.



Figuras 1 y 2: Fuente: Dowler, E., Rex, D., Blair, A., Donkin, A., and Grundy, C., *Measuring Access to Healthy Food in Sandwell, University of Warwick and Sandwell Health Action Zone, 2001*

Conclusiones:

1. Hay un importante numero de viviendas y zonas sin comercios que vendan frutas y verduras frescas
2. Hay un importante numero de viviendas y zonas donde los comercios que venden frutas y verduras son caros
3. Alimentos saludables y baratos, incluidos frutas y verduras frescas, solo se venden en comercios concentrados en áreas muy reducidas de Sandwell, donde el acceso de la mayoría de la población debe hacerse en coche o transporte público
4. Los pequeños comerciantes luchan por sobrevivir en Sandwell, especialmente si ofrecen alimentos frescos y perecederos, a contracorriente de la competencia de los grandes comercios, los problemas de inseguridad, proveedores y duras condiciones de trabajo.
5. Mala salud, privación socio-económica, patrones de alimentación poco saludables y difícil acceso a alimentos saludables están estrechamente relacionados en Sandwell (¿Solo en Sandwell?, añadiría yo)



Mercadillo en la Corredera Baja de San Pablo, hacia 1900, en las proximidades del Mercado de San Ildefonso, cuya fachada se distingue al fondo de la calle. Madrid.
<http://urbancidades.wordpress.com/2008/07/02/fotos-de-mercados-antiguos-de-madrid-iii/>

Postdata (enero 2011)

A los interesados en el tema y, especialmente, a los residentes en Madrid, les recomiendo el reportaje de [Javier Rico "La huerta ecológica de Madrid"](#) (pinchar en el título para acceder al mismo), publicado el 9 de enero de 2011 en El País. Entre otras cosas, aporta información sobre servicios de distribución semanal a domicilio (a grupos de familias interesadas) de productos agrícolas ecológicos (frescos y en conserva), en la provincia de Madrid.

Capítulo 7: Salop Drive Market Garden, un ejemplo de agricultura urbana⁴⁶

El huerto-jardín de Salop Drive (Salop Drive Market Garden) se construyó hace cinco años sobre un solar urbano degradado de tres acres, en un vecindario socialmente deprimido de este municipio inglés, integrado en la mancomunidad de Sandwell (una de las *healthy action zones*, es decir, zonas de intervención preferente en salud, que visité hace unos meses). La experiencia da fe del duro trabajo y la visión de la comunidad local de discapacitados de Sandwell. Esta subvencionado por las autoridades locales, que cedieron el terreno, y es actualmente gestionado por una ONG de discapacitados llamado [“Ideal for All”](http://www.idealforall.co.uk/) (<http://www.idealforall.co.uk/>). Su principal financiador actual es la autoridad local de salud (*Sandwell Primary Care Trust*) y es un recurso más de la política de alimentación saludable de Sandwell, proporcionando múltiples servicios a la comunidad y al propio colectivo de discapacitados.



Vista del huerto urbano de Salop Drive desde la entrada, al fondo los polituneles-invernaderos. Autor de la imagen: Javier Segura, junio 2010

Los promotores fueron conscientes, desde el principio, de la necesidad de contar con la alianza de los vecinos del solar, haciéndoles partícipes de los beneficios del proyecto e integrando, además, en el mismo a dos hortelanos, de origen jamaicano, que ya estaban cultivando pequeñas parcelas en el solar. La parte sur del complejo es una huerta donde se cultivan más de 50 diferentes vegetales de temporada para la venta directa a los vecinos. El lugar, totalmente accesible para discapacitados, tiene seis locales comerciales, invernaderos, aseos, jardines comunitarios, semilleros, árboles frutales y pequeñas parcelas alquiladas para huertos. El sitio es supervisado por un terapeuta-horticultor y un trabajador de mantenimiento del jardín.

⁴⁶ Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 10 de noviembre de 2010



Vista del huerto urbano de Salop Drive desde el lado contrario (,desde los polítuneles-invernaderos). Autor de la imagen: Javier Segura, junio 2010

El huerto supone una oportunidad ideal para los residentes y los escolares de Sandwell de aprender de primera mano sobre cultivo, recolección, cocinado y consumo de alimentos frescos, así como el concepto de “food miles” (“millas-alimento”⁴⁷) y la enseñanza de las habilidades de la horticultura. Como tal, proporciona servicios a escuelas, organizaciones y dispositivos socio-sanitarios locales, de diferente tipo:

- Sesiones terapéuticas de ejercicio regular dirigido, abiertas a los residentes de Sandwell, y supervisadas por un terapeuta horticultor
- “Ready, Steady, Grow”, un programa de actividad física, horticultura y alimentación saludable para escolares, en colaboración la autoridad local de salud (Sandwell Primary Care Trust)
- Visitas guiadas de escolares
- Grupos infantiles del programa “Surestart”
- “Bag Your Share” (llévate tu parte): esquema de suministro de vegetales recién recolectados a más de 60 familias locales (se estima que con ello se ahorran más de 9.600 millas-alimentos al año)
- Grupos de padres, encuentros semanales a la salida del colegio.

47 El concepto de *Food miles* hace referencia a la distancia a la que la comida es transportada, desde su producción hasta que llega a las manos del consumidor. Es una dimensión utilizada en el estudio del impacto medioambiental de los alimentos, incluido el efecto del calentamiento global, secundario a la emisión de CO a la atmósfera por los medios de transportes. El concepto de *Food miles* forma parte de un tema más amplio como es la [sostenibilidad](#). Como media, los alimentos son transportados entre 1.500 a 2.500 millas (4.000 km) cada vez que son suministrados al consumidor. Esta distancia ha aumentado un 25% desde 1980 a 2007. La agricultura urbana y las cooperativas vecinales agrícolas (compromiso de compra directa de grupos de vecinos a hortelanos, sin intermediarios) minimizan las *food miles* o *kilometros-alimentos*. Fuente http://en.wikipedia.org/wiki/Food_miles

- Cursos cortos de horticultura o semillas "Grow your own veg" (cultiva tus propios vegetales)
- Paseos saludables mensuales que parten a las 11.am el ultimo viernes de cada mes y que están abiertos a todos los residentes
- Practicas para escolares y profesionales de diferentes disciplinas



Tres fotos sobre los usuarios del huerto urbano de Salop Drive. Autor de las imagenes: Ideal for all.

Si quieres saber más: <http://www.sandwellfoodnetwork.org/viewProject.php?id=1>

Postdata (enero 2011)

A los interesados en el tema y, especialmente, a los residentes en Madrid, les recomiendo el reportaje de [Javier Rico "La huerta ecológica de Madrid"](#) (pinchar en el título para acceder al mismo), publicado el 9 de enero de 2011 en El País. Entre otras cosas, aporta información sobre servicios de distribución semanal a domicilio (a grupos de familias interesadas) de productos agrícolas ecológicos (frescos y en conserva), en la provincia de Madrid. Es un sistema con el que se reduce evidentemente mucho el coste de la distancia producción-consumo ("food miles").

Capítulo 8: El enfoque ABCD de desarrollo comunitario⁴⁸

Algunas de las experiencias de Desarrollo comunitario (DC) inglesas, que hemos presentado en esta serie del blog, se inspiran en el ABCD (*Asset Based Community Development*). La traducción podría ser: DC basado en las capacidades, recursos o activos⁴⁹. Este enfoque valora las capacidades, habilidades, conocimientos, relaciones y potenciales ya existentes en una comunidad. No solamente se fija en los problemas que necesitan ser resueltos y en las brechas que necesitan ser rellenadas. Mediante la orientación ABCD, el vaso se ve *medio lleno*, en vez de *medio vacío*. Los profesionales comunitarios estamos más familiarizados a trabajar con enfoques basados en las necesidades, mediante los que tratamos de cubrir los déficits de la comunidad, considerando a sus miembros más como meros receptores pasivos de servicios, que como agentes activos en relación a su vida y la de sus familias.



Fotografía de [John L. McKnight](#) y [John P. Kretzmann](#), fundadores de *The Asset-Based Community Development Institute (ABCD)* ubicado en [School of Education and Social Policy](#) de la *Northwestern University (Illinois, EE.UU.)*. El ABCD es un desarrollo de la filosofía del “Capital Social”, generada en EE.UU. a finales del XX, y en la que muchas ONG’s y organizaciones de voluntarios del mundo anglosajón, basan su enfoque.

Un vaso medio lleno⁵⁰

“No servimos bien a las comunidades...si creemos que nosotros, los provisosores (the givers), somos los únicos que estamos medio llenos, y que todo el mundo al que servimos está medio vacío...hay recursos y habilidades ahí fuera en las comunidades,

48 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 3 de enero de 2011

49 La palabra “asset” se puede traducir al castellano, según el contexto, por ventaja, recurso o activo. Cuando escribí este texto, en España todavía no se había consolidado el término “activos” como traducción de “assets”. Actualmente, se habla profusamente de “los mapas de activos” y del “enfoque de activos en salud” dentro del mundo de la salud comunitaria española (nota de noviembre 2017).

50 La mayoría del texto de este artículo se basa en la traducción propia del documento: *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. IDEA. March 2010. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>

y nuestra tarea como buenos servidores y como buenos líderes...[es] tener la habilidad de reconocer estas habilidades en los otros, y ayudarles a ponerlas en práctica”

Michelle Obama, Primera Dama de los EE.UU. (www.abcdinstitute.org/faculty/obama)

EL ABCD es un conjunto de valores y principios y una forma de entender el mundo, que:

- Identifica y hace visibles los recursos promotores de salud en una comunidad
- Considera a los ciudadanos y comunidades como co-productores de la salud y el bienestar, en vez de cómo receptores de servicios
- Promueve las redes, relaciones y amistades comunitarias que pueden proporcionar cuidado, ayuda mutua y empoderamiento
- Valora lo que funciona bien en un área
- Identifica lo que tiene el potencial de mejorar la salud y el bienestar
- Apoya la salud de los individuos y su bienestar a través de la autoestima, ingeniando estrategias, desarrollando habilidades de resiliencia, relaciones, amistades, conocimientos y recursos personales.
- Empodera comunidades a controlar su futuro y a crear recursos tangibles tales como servicios, fondos y edificios.

A diferencia del enfoque del DC radical (ver capítulo 3), el ABCD no pone el énfasis en los conflictos originarios de las desigualdades sociales y en el análisis de las relaciones de poder, explotación y discriminación en una comunidad, así como en la intervención sobre ellas. Por ello, es muy popular en el mundo profesional del tercer sector, de la administración pública, de las universidades y en instituciones y fundaciones, con diferentes orientaciones ideológicas, especialmente del mundo anglosajón. La forma de ayudar a las comunidades con problemas (utilizando su jerga: *rebuild troubled communities*), es mejorando sus relaciones internas y formando líderes locales.

En cierto sentido, según sus detractores, con la excusa de no favorecer la pasividad de los vecinos, tiene el riesgo de cargar la responsabilidad de su situación de privación social y económica a los mismos, obviando la pervivencia de las barreras políticas y sociales, de índole estructural, que están en el origen de esa privación. De cualquier forma, algunas corrientes del DC radical, comparten métodos y filosofías con el ABCD, que iremos repasando en próximas entregas,



Fotografía de la página web del Instituto Coady (<http://coady.sfx.ca/youth/>): me resulta curiosa la tremenda distancia estética, étnica, cultural, económica y social (incluso de género) entre la profesional del DC (en el centro de la imagen) y la comunidad, que le rodea. Todo un reto para ella y ellos. Y todo una

declaración de intenciones. Recuerda las imagenes de "los misioneros" del siglo pasado, aunque con un toque más informal ¡Perdón! Me abstengo de hacer más comentarios.

¿Qué se considera cómo "activos" en una comunidad?

Según el ABCD, se consideran "activos", por ejemplo:

- Las habilidades practicas, conocimientos y capacidades de los residentes locales
- Las pasiones e intereses de los residentes locales que les proporcionan energía para el cambio
- Las redes y conexiones (conocidas como capital social) en una comunidad, incluyendo amistades y relaciones de vecindario
- La eficacia de las comunidades locales y las asociaciones de voluntarios
- Los recursos de organizaciones publicas, privadas o del tercer sector, que están disponibles para apoyar a la comunidad
- Los recursos físicos y económicos de un lugar que mejoren el bienestar

Cuestiones para arrancar con el ABCD

El ABCD empieza haciendo algunas preguntas y reflexionando sobre los que ya tiene la comunidad:

- ¿Qué es lo que nos hace fuertes?
- ¿Qué es lo que nos hace sanos?
- ¿Qué factores nos hacen más capaces de lidiar en tiempos de estrés?
- ¿Qué es lo que hace a esto un buen lugar para vivir?
- ¿Qué hace la comunidad para mejorar su salud?

En la práctica significa hacer lo siguiente:

- Descubre qué es lo que ya está funcionando y produce más de ello
- Promueve el proyecto basado en lo que se intenta conseguir, en vez de en los problemas (ejemplo, "Madrid, una ciudad libre de humos", en vez de "reducir el número de fumadores en la ciudad")
- Aprecia los recursos-en cuanto la gente habla entre ella, están trabajando en las soluciones
- Construye activamente capacidad y confianza entre comunidades y los profesionales
- Implica a *todo el sistema* desde el principio-los que se queden fuera, se quedaran atrás
- Define qué es lo que se necesita alcanzar respecto al deseado futuro
- Identifica las estructuras, procesos y sistemas que están impidiendo alcanzar este futuro
- Asegura la sostenibilidad a largo plazo de las soluciones y del proyecto.

Si quieres saber más:

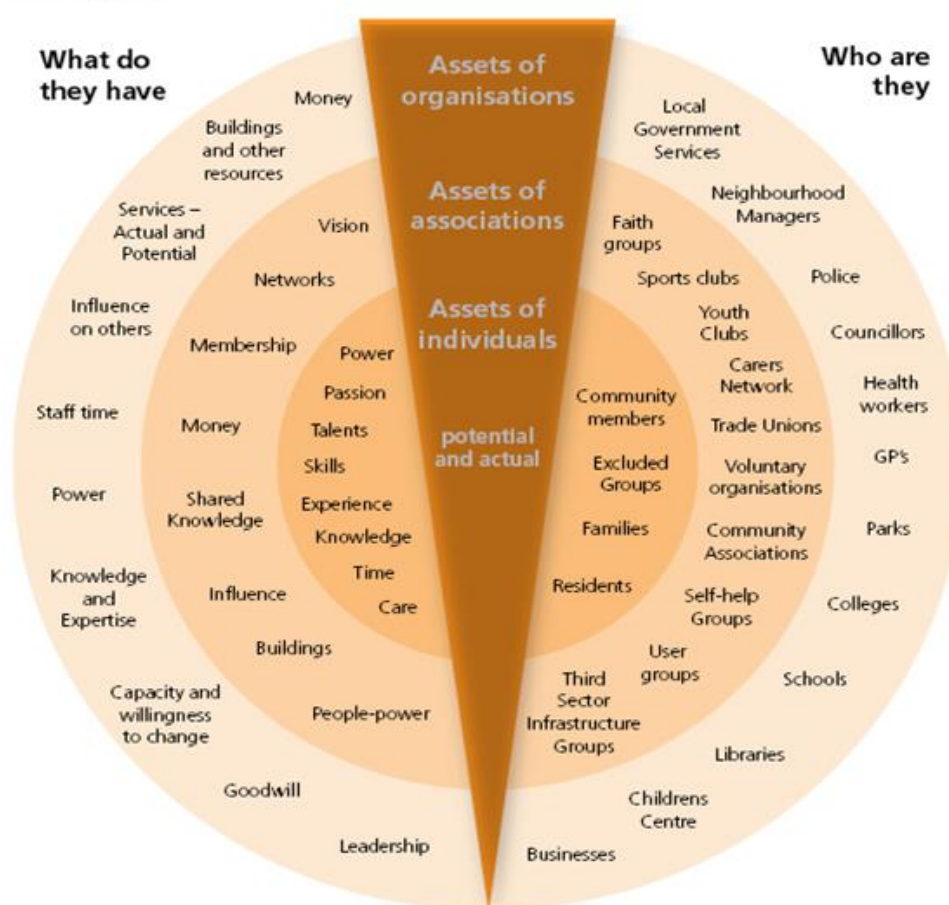
- ABCD Institute. Se pueden descargar varias publicaciones y documentos interesantes en: <http://www.abcdinstitute.org/publications/workbooks/> y <http://www.abcdinstitute.org/publications/downloadable/>
- *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. IDEA. March 2010. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>
- *Jane Foot. 'What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action and evaluation'* 2012. Accesible en: <http://janefoot.com/downloads/files/healthy%20FINAL%20FINAL.pdf> (nota de diciembre 2017: esta referencia es nueva, pero muy recomendable, pues es la continuación de la anterior obra, escrita en 2012 por los mismos autores y con un prologo de Michel Marmot, y que no se llegó a editar por los nuevos responsables políticos)
- Kretzmann & McKnight "Building Communities from the inside out: a path towards finding and mobilising a community's assets" ABCD Institute 1993. (también conocido como The Green book, el libro verde). Se puede descargar la introducción del libro en: <http://www.abcdinstitute.org/docs/abcd/GreenBookIntro.pdf>
- The Coady International Institute. Ubicado en la Francis Xavier University de Nueva Escocia (Canadá), es un centro de excelencia de DC y educación de líderes⁵¹. Sigue y promociona el método ABCD. <http://www.coady.stfx.ca/>
- Mathie & Cunningham (2008). *From Clients to Citizens: Asset-Based Community Development as a Strategy For Community-Driven Development*. Se puede descargar en: http://www.coady.stfx.ca/resources/publications/PDFs/From_Clients_to_Citizens.pdf

51 El instituto Coady debe su nombre al padre Moses Coady, fundador del Movimiento Antigonish, que se origina en el municipio de Antigonish, en [Canadá](#). Según la Wikipedia, se trata de un movimiento social que entremezcla educación para adultos, cooperativismo, microfinanciación y desarrollo de comunidades rurales, para ayudar a comunidades pequeñas y basadas en sus propios recursos a mejorar desde un punto de vista social y económico. Este movimiento se desarrolla actualmente en comunidades costera canadienses y comenzó con un grupo de educadores y que dirigieron este movimiento hasta el departamento de extensión universitaria de la Universidad San Francisco Javier en Antigonish, [Nueva Escocia](#), Canadá. Los sistemas de cooperativas de crédito en Nueva Escocia y [New Brunswick](#) tienen así su origen en el Movimiento Antigonish, que también ha influenciado otros sistemas provinciales en Canadá

Capítulo 9: El mapa de activos de una comunidad (*Asset mapping*)⁵²

Más que una recopilación de datos, el mapa de activos de una comunidad es un instrumento para arrancar un proceso, en el que los vecinos descubran las potencialidades ocultas de su comunidad, tejan una red de relaciones y de apoyos mutuos, que desemboquen en proyectos que mejoren la calidad de vida de la misma y promuevan su salud.

Asset mapping



Esquema de un mapa de activos o recursos (“Asset mapping”). En la mitad izquierda: “Qué tienen” (what do they have). A la derecha: “Quiénes son” (who are they). En la cuña del centro, de arriba a abajo: recursos de organización (assets of organisation), recursos de asociaciones, recursos de individuos, potenciales y actuales. **Fuente:** A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. IDEA. March 2010. pag. 21. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>

52 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 12 de enero de 2011

¿Qué es un mapa de activos (*Asset mapping*)?

Traduciendo el documento de IDEA⁵³, aludido en el anterior capítulo:

Es un mapa o inventario de recursos, habilidades y talentos de individuos, asociaciones y organizaciones que existen en una comunidad, en un territorio. En el mapa se identifican y representan los vínculos entre las diferentes partes de la comunidad y las organizaciones. Se usa este conocimiento para revitalizar las relaciones y el apoyo mutuo, además de con el fin de reconstruir las comunidades y los vecindarios, y redescubrir el poder colectivo.

El principio

“Piensa en un carpintero que hace años perdió una pierna en un accidente. Claramente tiene una discapacidad. Sin embargo, también tiene una habilidad. El que sepamos que tiene una pierna menos, no es una información que nos sirva para la construcción de nuestra comunidad. Pero si sabemos que tiene la capacidad de trabajar la madera, es una información que literalmente construye nuestra comunidad.”

Kretzmann y McKnight (1993: ver referencias al final

Las 6 categorías de activos

Los recursos o activos (*assets*) de una comunidad se pueden categorizar en 6 niveles:

1. Los recursos de individuos (sus habilidades, conocimientos, redes, tiempo, intereses, pasiones, etc.). A veces se describen como recursos *del corazón, de la cabeza y manuales*. Se pregunta a los vecinos qué es lo bueno del lugar donde viven y qué pueden aportar ellos para mejorar la vida en su comunidad.
2. Los recursos de las asociaciones: no se limita a las organizaciones comunitarias formales y a los grupos de voluntarios. Incluye todas las redes informales y las formales, en las que la gente se reúne: clubs de fútbol, círculos de cuidado de niños, grupos de juego de cartas, etc.
3. Los recursos de organizaciones: no son solo los servicios que proporcionan las organizaciones a nivel local, sino los otros recursos que controlan (por ejemplo, parques, centros comunitarios y religiosos). De hecho cubre cualquier cosa que puede usar una comunidad para mejorar su bienestar. Incluye las plantillas profesionales, su experiencia e influencia, que pueden ser utilizadas para apoyar ideas nuevas.
4. Los recursos físicos de un área: ¿Qué espacios verdes, terrenos sin utilizar, edificios, calles, mercados o transportes hay en un área? El mapear estos recursos permite que la gente los valore y se de cuenta de sus potenciales usos productivos.

53 La mayoría del texto de este artículo se basa en la traducción propia del documento: *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. IDEA. March 2010. pag. 20-22. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>

5. Los recursos económicos de un área: la actividad económica es el núcleo de la reconstrucción de una comunidad. ¿Qué habilidades y talentos no están siendo usados en la economía local? ¿Cómo contribuyen las asociaciones locales a la economía local, atrayendo inversiones y creando puestos de trabajo e ingresos? ¿Puede usarse el gasto público en el área para emplear vecinos, en vez de profesionales traídos de fuera? ¿Cómo podrían los residentes gastar más de su dinero en los comercios y negocios locales e incrementar la actividad económica local?
6. Los recursos culturales: la vida cotidiana esta llena de arte y cultura. Significa mapear los talentos locales para la música, el teatro, el arte y las oportunidades para que cualquiera se exprese creativamente, de forma que refleje sus valores e identidades, mejore la comprensión y resuelva su falta de "voz".

Los 5 pasos

Idealmente, el proceso empieza con voluntarios mapeando los activos individuales y de la comunidad. Apoyados por expertos organizadores comunitarios, impulsan un proceso mediante el cual la comunidad va descubriendo los recursos, actividades e intereses que ya tiene. Este proceso puede organizarse en los siguientes 5 pasos:

1. Encuentra y reúne las personas que constituirán el grupo central que impulsará el proceso (grupo motor)
2. Contacta los individuos o grupos que son activos en la comunidad (constituyendo tanto redes formales como informales). Este paso identificará los individuos que pueden hacer el mapa.
3. A través de conversaciones cara a cara, llamando de puerta en puerta, y mediante otras técnicas, como las narrativas (*storytelling*), estos individuos recopilan los recursos y talentos de los individuos de una comunidad. Los residentes implicados reclutan más gente para ayudar, que, a su vez, prosiguen "mapeando" (identificando) más individuos.
4. Identifica los recursos y activos de asociaciones locales, clubs y voluntarios.
5. Mapea los recursos de agencias, incluyendo los servicios que ofrecen, los espacios físicos y los fondos que pueden aportar, además de las plantillas y redes que tienen. Dependiendo de la visión local, los mapas pueden extenderse para incluir los recursos físicos, económicos y culturales.

Los que hacen las entrevistas para el mapeo, preguntan a los individuos y las organizaciones lo que hacen o tienen ahora, pero también lo que les gustaría hacer o estar preparado a ofrecer, en el caso de que tuvieran un apoyo adicional. A través de este proceso, la comunidad descubre lo que otros miembros quieren hacer o cambiar. Y cómo formar nuevas alianzas para conseguir el cambio de forma más inclusiva y democrática.

Cuando debe ser usado

Hay varias circunstancias locales en que un mapa de activos puede estimular el cambio:

- Cuando hay gente no comprometida con la comunidad local y que esta aislada y apartada de las relaciones con sus vecinos.
- Cuando una comunidad esta fracturada, no tiene sentido de sus propias capacidades y no cree que pueda haber un cambio.
- Cuando no hay asociaciones comunitarias o las que existen están exhaustas y desgastadas, tienen pocos miembros y están dominadas por las prioridades de las agencias publicas.
- Cuando las agencias solo ven la comunidad como una fuente de problemas y necesidades y no pueden ver de donde sacar las soluciones.
- Cuando un grupo de personas, considerados como dependientes (por ejemplo, discapacitados), pueden desafiar las actitudes minusvalorantes y empoderarse ellos mismos.
- Cuando la comunidad y los profesionales quieren cambiar la situación y necesitan ver el mundo de forma diferente, para descubrir como cambiar.

El mapeo de activos es más eficaz cuando es realizado por un grupo que ha acordado un determinado fin. Por ejemplo, si quieren conectar más jóvenes entre sí, a través de actividades deportivas, de ocio o diversión. Lo mismo vale, si usamos el *asset mapping* en Salud Pública, con fines específicos de promoción de la salud comunitaria o de prevención (ejemplo, reducir el número de embarazos en adolescentes). En estos casos, asociaciones y otros poseedores de recursos pueden aportar más claramente a este propósito.

Si quieres saber más:

- Kretzmann & McKnight “*Building Communities from the inside out: a path towards finding and mobilising a community’s assets*” ABCD Institute 1993. (también conocido como The Green book, el libro verde). Se puede descargar la introducción del libro en: <http://www.abcdinstitute.org/docs/abcd/GreenBookIntro.pdf>
- Mathie & Cunningham Eds (2008). *From Clients To Citizens: Communities Changing The Course Of Their Own Development*. Coady Institute Canada www.coady.stfx.ca/resources/media/From%20Clients%20to%20Citizens.pdf
- Mathie & Cunningham (2002) *From Clients to Citizens: asset based community development as a strategy for community driven development*. (Accesible en: http://www.caledonia.org.uk/papers/From_Clients_to_Citizens_2002.pdf)
- *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. IDEA. March 2010. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>
- *Jane Foot. ‘What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action and evaluation’* 2012. Accesible en: <http://janefoot.com/downloads/files/healthy%20FINAL%20FINAL.pdf>
- En castellano: [Caja de herramientas comunitarias \(Community Tool Box\). Capítulo 3, sección 8: Identificar los bienes y recursos de la comunidad. Kansas University Work Group on Health Promotion and Community Development. Universidad de Kansas. Lawrence. \[http://ctb.ku.edu/es/tablecontents/sub_section_main_1451.aspx\]\(http://ctb.ku.edu/es/tablecontents/sub_section_main_1451.aspx\)](http://ctb.ku.edu/es/tablecontents/sub_section_main_1451.aspx)

Capítulo 10: La investigación apreciativa (*Appreciative inquiry*)⁵⁴

Es un método de investigación que, mediante varios instrumentos de movilización (grupos de discusión, compartir historias-*storytelling*, tertulias de café, etc.), indaga en las fortalezas de una comunidad y promueve proyectos colectivos de cambio. Sin embargo, no debemos olvidar que la teoría apreciativa es de raíz religiosa y está inspirada en el pensamiento positivo. Evita análisis sociales causales y huye de una visión social conflictiva. Y por ello, tiene el riesgo de ser un instrumento más de control social, en vez de una herramienta para el cambio social.



Sesión de investigación apreciativa, como parte del culto de la iglesia "First Presbyterian Church" en Charlottesville, Virginia, EE.UU., marzo 2010. Fuente: <http://www.flickr.com/photos/bsabarnowl/4414607071/>

¿Qué es una investigación apreciativa (*Appreciative inquiry*)?⁵⁵

Es un método de consultar una comunidad, basado en [el modelo ABCD](#), que busca valorar y reproducir las fortalezas presentes en un grupo, una comunidad o una organización, y los éxitos alcanzados en su historia. El fin es desarrollar una visión realista y posible sobre el futuro y un compromiso de una acción sostenible para alcanzarlo

54 Publicado en el blog "Salud Pública y algo más" el 20 de enero de 2011

55 La primera parte de este artículo se basa en la traducción propia del documento: *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. IDEA. March 2010. Pág. 26-27. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>

El principio

Aprende de los éxitos: mira lo que funciona bien y haz más de ello.

DIAGNÓSTICO MÉTODO TRADICIONAL	DIAGNÓSTICO TEORÍA APRECIATIVA
Identificación de Problemas	Descubrir lo mejor que existe
Análisis de causas	Imaginar lo que puede llegar a ser
Plan de Acción (Tratamiento)	Construir lo que debería ser
Planteamiento Básico: <i>Una organización es un problema que hay que solucionar.</i>	Planteamiento Básico: <i>Una organización es un libro abierto que está por escribirse.</i>

Cuadro adaptado y traducido de Cooperrider and Srivastva (1987). "Appreciative Inquiry into Organizational Life" en Research in Organizational Change and Development. Pasmore and Woodeman (eds.) Vol. 1, JAI Press.

Fuente: Federico Varona, "Todavía es posible soñar: Teoría apreciativa y comunicación empresarial". San José State University Communication Studies Department.
<http://appreciativeinquiry.case.edu/uploads/TACOR%2020033.pdf>

Las 5 fases de la intervención apreciativa

1. Define: Los socios claves acuerdan el enfoque positivo de la investigación. Por ejemplo, "cómo hacemos d este lugar una ciudad libre de humos", en vez, de "cómo evitamos que la gente fume". Es decir, aunque esta fase empiece con un problema, lo transforma en una visión positiva.
2. Descubre-Valora. A través de técnicas narrativas (*storytelling*), o un proceso de investigación grupal, utilizando encuestas o conversaciones apreciativas, el grupo va descubriendo experiencias positivas y habilidades presentes. Va acordando colectivamente lo que funciona y lo que podrían llegar a alcanzar, basado en este conocimiento pasado y presente.
3. Sueña-imagina: ¿Qué es lo que podría ser? A partir del descubrimiento. El grupo desarrolla un sueño o una visión compartida del futuro. Es presentada en forma de series de "propuestas provocadoras", que sintetiza lo que el grupo le gustaría trabajar en el futuro. Las propuestas tienen que ser positivas, constituir un reto, ser innovadoras y basadas en experiencias reales.

4. Diseña-Constuye: a partir de su experiencia colectiva, ¿qué es lo que tendrían que hacer para crear la visión ideal del futuro? ¿Qué vías innovadoras pueden encontrar para realizarlo?
5. Ejecuta-mantiene: Planifica la acción para ejecutar el sueño. ¿Cómo puede el grupo asegurar la sostenibilidad de los cambios?

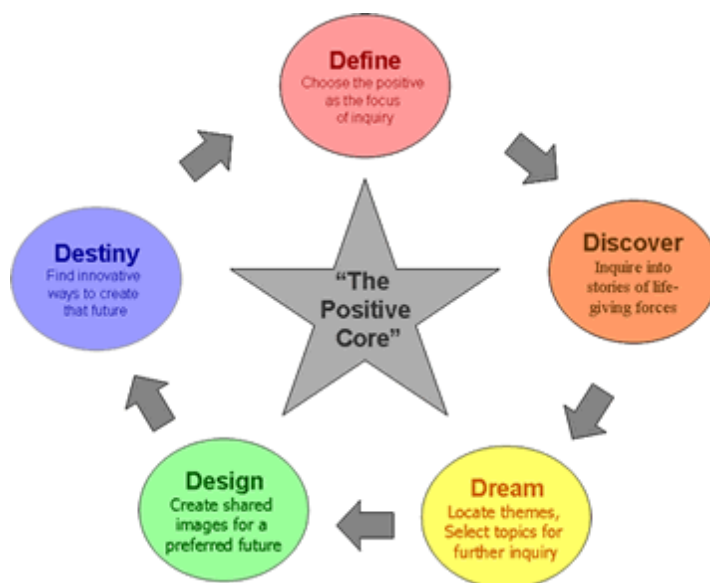
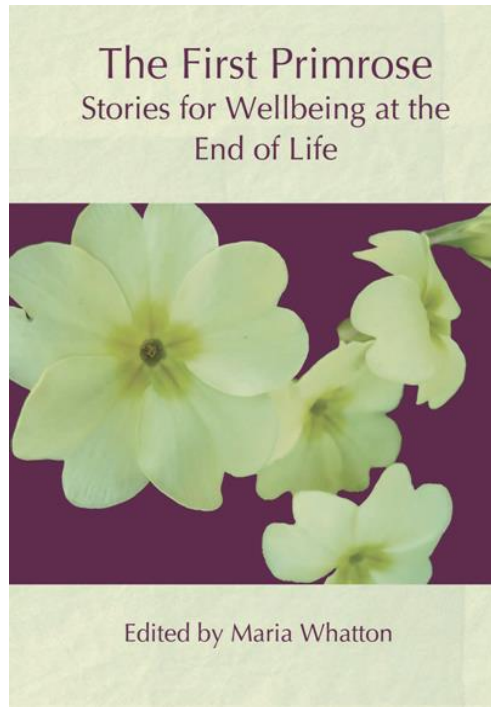


Gráfico sobre los cinco pasos de la investigación apreciativa. Fuente imagen: <http://www.solutionsbymikki.com/ai.htm>

Como técnicas de investigación y movilización social para el desarrollo comunitario, asociadas al enfoque ABCD, y utilizadas en las investigaciones apreciativas, destacan la investigación narrativa (*Storytelling*) y las tertulias de café (*The World Café*)

Investigación narrativa (*Storytelling*)

Es un método informal y apreciativo de recoger información sobre la propia experiencia de las personas, de sus proyectos y actividades exitosas, sus propias habilidades, triunfos y esperanzas. Se invita a las personas a contar y compartir historias sobre formas y modos como se han enfrentado en el pasado a situaciones difíciles o retos (por ejemplo, cuidar un enfermo terminal; ver el capítulo 5: [Las comunidades compasivas: el bienestar en el final de la vida](#)). El hecho de compartir y valorar estas historias, aparentemente "particulares" y "específicas", proporciona confianza en sus miembros y les ayuda a descubrir los aspectos comunes de estos problemas. Además, produce hondos lazos de solidaridad y comprensión mutua, llegando a la conclusión de que lo que sirvió a uno, puede volver a servir a otros. Se socializa el conocimiento, y se analiza su aplicación y adaptación a la situación actual.



Portada del libro: "The First Primrose. Stories for wellbeing at the end of the life" (La primera primula. Historias de bienestar al final de la vida). Editada por Maria Whatton y Manjula Patel. Maria es una escritora y cuenta-cuentos que ayudó a Manjula, la coordinadora del programa de comunidades compasivas en Sandwell, a recoger historias de gente que había sufrido pérdidas y duelos. Se puede descargar en inglés en: <http://www.wellbeingindying.org.uk/pdf/firstprimrose.pdf>

Las tertulias de café (The World Café)

Es una forma de atraer a un número importante de personas a una conversación, sobre un tema candente que les importa a todos, en un ambiente relajado y con un encuadre, que permite que emerja toda la sabiduría presente, que se multiplique mediante la interacción y que se enriquezca mediante la confrontación de los diferentes puntos de vista. En el café, unas 5 o 6 personas están sentadas alrededor de cada mesa, charlando entre si y con una persona que hace de anfitrión. Al cabo de 20 minutos, se cambian de mesa y el anfitrión se queda para resumir a los nuevos la discusión previa. Al final, se recogen y extraen los temas e ideas emergentes por parte de todo el grupo. Ver <http://www.theworldcafé.com/articles/cafetogo.pdf>



Fuente imagen: <http://www.iyi.org/community-connection/youth-worker-cafes.aspx>

Interrogantes sobre una teoría postmoderna

Nada me fastidiaría más, que contribuir a propagar la idea que una técnica o un método no están asociados a una teoría o a una forma de ver el mundo. Lo mismo ocurre con la investigación apreciativa. Es importante saber sus raíces y lo que supone para nuestra forma de trabajar en una comunidad.

Cómo dice Federico Varona, en su interesante trabajo sobre la teoría apreciativa⁵⁶, ésta pretende ser una vía alternativa a las formas convencionales de investigación-acción, que además reivindica ser más eficaz para despertar la imaginación, favorecer el dialogo y alcanzar el compromiso de las comunidades y grupos sociales. Es una teoría postmoderna que, aunque pretende el cambio social, renuncia a comprender la existencia social en su totalidad:

“Su objetivo no es establecer las relaciones causales que pueden existir entre variables organizacionales tales como tecnología, ambiente, tamaño, y estructura organizacional. Por el contrario, la teoría apreciativa se embarca en perspectivas investigativas que dan preeminencia a esquemas interpretativos, que están históricamente situados y constantemente cambiando y que son usados por los miembros de determinado grupo para dar vida y sentido a sus acciones y decisiones”.



Norman Vincent Peale, autor de la teoría del pensamiento positivo, en una portada de la revista Guideposts de 1989. Fuente: http://www.alladdictsanonymous.org/articles_peale.htm

Se basa en el pensamiento positivo, muy en boga en los círculos de gestión empresarial, que invita a “reconocer lo bueno en vez de lo malo que nos rodea”, “el vaso medio lleno, en vez de medio vacío”. El autor del pensamiento positivo fue un predicador norteamericano, que escribió el primer libro de auto-ayuda y que tuvo un gran éxito mediático, en la segunda mitad del siglo pasado: Norman Vincent Peale. Según la

56 Federico Varona, “Todavía es posible soñar: Teoría apreciativa y comunicación empresarial”. San José State University Communication Studies Department San José, California. USA, 2003. Accesible en: <http://appreciativeinquiry.case.edu/uploads/TACOR%2020033.pdf>

Wikipedia, Peale (1898-1993), autor de *El Poder del Pensamiento Positivo* y creador de la [teoría del pensamiento positivo](#), fue uno de los más famosos predicadores de Nueva York y conferenciante sobre la motivación. Fundó la revista *Guideposts* y varias organizaciones que incluyen *Peale center*, *Positive Thinking Foundation* y *Guideposts Publications*

Pero, digo yo: centrarnos en lo positivo y evitar lo negativo, ¿supone no fijarnos en lo conflictivo, incluido el conflicto de intereses? ¿Supone evitar la idea de que hay responsables o culpables en una situación de explotación o discriminación en una comunidad? ¿Supone renunciar a la crítica? ¿Podemos usar el pensamiento positivo, sin renunciar a considerar la existencia de un conflicto de clases y su impacto en la realidad social que pretendemos cambiar? ¿Cómo podemos huir de dos tipos de simplificaciones, que, por diferentes razones, no consiguen cambiar el injusto *status quo* social, que destruye la salud de las comunidades: una que nace del modernismo y otra del postmodernismo?

Una es la que nos dejaron ciertos desarrollos históricos del modernismo, intentando abarcar la complejidad de la realidad mediante una teoría integral, una ciencia única y verdadera, y a través de acciones a gran escala, con "organizaciones de masas"; a la vez que desatendía *lo micropolítico*, lo psicosocial, lo cultural, lo individual, y que laminaba lo *periférico*, lo que se sale de la norma....No teniendo en cuenta, como "el poder" y "la dominación", no solo son elementos inherentes a las formas de organización del estado, sino que están presentes en todas las relaciones, incluso las interpersonales. A partir de esta perspectiva del poder, se entiende la irremediable tendencia a la burocratización de las organizaciones (políticas, sindicales, de derecho, científicas), que aunque fueran creadas para fines tan loables como el bienestar, la justicia, la emancipación y la búsqueda del conocimiento, acaban convirtiéndose en maquinarias conservadoras del poder y del saber. Se transforman en otros instrumentos de dominación y de defensa del status quo general y de los privilegios particulares de quienes las gestionan y sustentan. Todo ello, bajo la invocación de la defensa del fin último, que justifica los medios, bien sea bajo la forma de la defensa de "los nuestros", o de la razón de estado (o de la de partido, sindicato, o profesión) o de la ciencia verdadera⁵⁷.

Cuando estas teorías totalizantes chocan con la compleja realidad, cuando no son capaces de resolver los problemas de los dominados y son visualizados por éstos, cómo otro instrumento de control social o nido de privilegiados, los movimientos sociales, que inicialmente las sustentaron confiando en su potencial emancipador, se deshacen como azucarillos. Dejan "campos sociales quemados", sin esperanza ni expectativas en el futuro (*Non future*), donde el valor de la acción colectiva y la Política quedan desprestigiados. Incluso lo más dominados, quedan encerrados en sí mismos, conformándose con su destino y centrados en el "sálvese quien pueda" o "virgencita, que me quede como estoy" o en el "todos los políticos son iguales" ¡Qué pereza el reconstruir de nuevo teorías tan abarcadoras, que den cuenta de la realidad... y que

57 Ver: Javier Segura del Pozo. "Biopolítica y Salud Pública: una recopilación de textos blogueros pendientes de amasar". Ediciones "Salud Pública y otras dudas" Tres Cantos, Diciembre 2016 . Accesible en: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2017/01/segura_biopolitica-y-salud-pc3bablica_en-2017.pdf

sean eficaces para su transformación! ¡Qué desconfianza hacia las organizaciones y "los políticos"!

Esta situación nos empuja fácilmente a una estrategia de confiar solo en nuestro próximo (amigo, familiar, vecino, paisano, compañero de equipo de futbol) y, como mucho, a valorar los pequeños cambios de la vida cotidiana y las acciones más micropolíticas, que, aunque sepamos que no ponen en peligro el injusto *status quo* político social (considerado intocable, cuando no "un mal menor"), alivian las situaciones más extremas y construyen pequeñas redes de solidaridad (véanse las experiencias que vamos contando en nuestra serie de DC). Unos, consideran que esto es lo máximo que se puede esperar en la acción social. Otros, lo valoran como micropolíticas útiles en lo local, alternativas al *pasotismo* y el individualismo; estrategias provisionales o transicionales, que permiten ir tejiendo una red de aprendizaje mutuo y preparar el terreno, para la llegada de las condiciones objetivas, que permitan: hacer confluir estas acciones colectivas locales, construir una nueva razón crítica, poner en pie una alternativa global y romper, al fin, este injusto *status quo* global.

Pero otra simplificación, es la de estas teorías postmodernas, que a veces dan la cara como meros métodos de auto-ayuda, que con el pretexto de huir del conflicto, de "lo político", de centrarnos en "el buen rollo" y conformarnos con pequeños cambios, a pequeña escala; pueden simplificar y mutilar la realidad, reprimir los discursos críticos y, no solo, neutralizar los cambios radicales (es decir, los que van a la raíz de las situaciones, que queremos cambiar), sino contribuir al control social. Son teorías que se centran en lo individual (o en el grupo de vecinos o próximos), y confían en la fuerza de la mente y la voluntad del individuo, desatendiendo lo más social, estructural, lo macro, lo global, lo que (sobre e "inter") determina lo psicológico y lo individual. Las que acaban en una mera receta de cocina para cambiar la realidad cotidiana individual.

Tengo dudas, que a partir de planteamientos, como los del pensamiento positivo, podamos construir el *conocimiento-emancipación*, que reivindican pensadores postmodernistas como Boaventura de Sousa Santos ("Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia", Edit Desclee, 2003). ¿Es este el camino para poder formular "las preguntas sencillas adecuadas" sobre nuestra realidad, para construir un *nuevo sentido común emancipador*? ¿Que opináis? ¿Me podéis ayudar con estas dudas?

Otra pregunta, que me gustaría que me ayudaseis a contestar: al trabajar en DC, ¿podemos ser eclécticos con los métodos y las técnicas que nacen de diferentes enfoques teóricos? ¿Qué podemos aprovechar y qué debemos desechar?

Si quieres saber más:

- *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. IDEA. March 2010. pag. 26-27. Se puede descargar en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>
- The World café. <http://www.theworldcafé.com/articles/cafetogo.pdf>
- *The Thin Book of Appreciative Inquiry* 1998. Sue Annis Hammond. <http://www.thinbook.com/docs/doc-whatissai.pdf>
- Appreciative Inquiry Commons: <http://appreciativeinquiry.case.edu/>
- Para una visión crítica sobre el pensamiento positivo, os recomiendo ver el video "Smile or die" (sonríe o muere) (<https://youtu.be/u5um8QWWRvo>) de la [RSA](#) (*Royal Society for the encouragement of Arts*), donde la periodista [Barbara Ehrenreich](#) explora el lado oscuro del pensamiento positivo y desmonta esa teoría. Está en inglés y dura 10 minutos, pero es fácil de seguir, por el divertido apoyo gráfico que tiene de un genial ilustrador.
- **En castellano:** Federico Varona, "*Todavía es posible soñar: Teoría apreciativa y comunicación empresarial*". San José State University Communication Studies Department. San José, California. USA, 2003. Accesible en: <http://appreciativeinquiry.case.edu/uploads/TACOR%2020033.pdf>

Capítulo 11: El banco de tiempo⁵⁸

"Cambio una hora cuidando a tus hijos, por una hora de clases de cocina". Los bancos de tiempo son instrumentos de desarrollo comunitario y cohesión social, a partir de un sistema de intercambio de servicios, basado en la idea de que en una comunidad, todos pueden aportar algo valioso, desde la reciprocidad y el apoyo mutuo. Es también otra demostración de que es posible construir sistemas alternativos para afrontar las necesidades cotidianas, más allá de la riqueza monetaria que se posea individualmente.



Fuente imagen: <http://www.sindinero.org/blog/archives/category/trueque/bancos-de-tiempo>

¿Qué es un banco de tiempo?

Es un sistema de trueque o intercambio de servicios, en el que la unidad de valor es el tiempo. Su objetivo no es sustituir el dinero por un trueque de servicios, sino usarlo como un instrumento de ayuda mutua, cohesión social y desarrollo comunitario. Muchos buscan la integración de personas o grupos en riesgo de exclusión social, como inmigrantes o discapacitados.

Aprovecha los conocimientos y habilidades de personas y grupos, no suficientemente valorados en el mercado de trabajo (como, por ejemplo, jubilados, amas de casa, estudiantes). Además, es un medio para cubrir las necesidades de los más vulnerables (ancianos que viven solos, madres solteras, inmigrantes recién llegados, etc.), a partir de los recursos de la propia comunidad, y más allá de la ayuda prestada por la administración pública. Como veremos, ésta (principalmente, la administración local o centros educativos), a veces, promueve estos bancos, como complemento a sus servicios públicos y como elemento de DC.

Los que reciben servicios no lo hacen desde una base caritativa, sino sustentado en la reciprocidad. Es decir, en el reconocimiento y valoración de su dignidad y sus habilidades. El dividendo de este intercambio es la confianza, el conocimiento del vecindario y sus recursos ocultos y la sensación de seguridad y apoyo. Aunque no se

58 Publicado en el blog "Salud Pública y algo más" el 4 de febrero de 2011

tenga suficiente dinero, uno ya no va estar solo (o sola) en el futuro, frente a las posibles contingencias, necesidades y problemas.

Principios

La filosofía de los bancos del tiempo se basa en cinco principios:

- Todo el mundo tiene una habilidad o servicio que ofrecer
- Algunos trabajos no se pueden valorar con un valor monetario
- Reciprocidad en la ayuda
- Las redes sociales son necesarias
- Respeto por todos los seres humanos

Cómo funciona

El que quiere participar rellena un cuestionario en el que describe las habilidades que pone al servicio del banco (fontanería, cuidar niños, enseñar un idioma, rellenar formularios, carpintería, albañilería, cocina, plancha, masajes, acompañar a un emigrante a hacer una gestión, acompañar a un anciano solo, reparar o manejar ordenadores o electrodomésticos, poner una empresa en pie, asesoría legal, poner una inyección, etc., etc., etc.).

Cada servicio proporcionado es registrado y valorado, generalmente en unidades tiempo (aunque hay otros métodos). A cambio del crédito acumulado, se puede disfrutar del servicio de otros miembros del banco. Del dar y recibir servicios, resulta un balance, que es controlado por los gestores del banco. Los receptores de servicios no pueden acumular una deuda excesiva, sin una contraprestación. Pero los proveedores del servicio tampoco pueden hacerlo, sino que deben ser capaces también de solicitar ayuda y recibirla.

El voluntarismo de estas experiencias y, a veces su falta de apoyo, han resultado en que muchos de estas iniciativas fracasaran. En otras ocasiones, se han convertido en un nuevo mercado de servicios, donde solo se ha sustituido la unidad dinero por la unidad tiempo. Sin embargo, hay muchos bancos que se han consolidado con el tiempo y que han demostrado su eficacia en el desarrollo comunitario. Como en otros proyectos, el intercambio de experiencias de éxitos y fracasos es fundamental para poner un banco en marcha y cuidar su supervivencia.

¿Qué bancos de tiempo hay?

Además de en otros países pioneros (EE.UU., RU, Canadá, Argentina, Italia, Portugal, etc.), en España han florecido en los últimos cinco años varios bancos del tiempo. El año pasado se celebró en Barcelona las décimas jornadas de bancos del tiempo, organizado por una asociación barcelonesa [Salud y Familia](#), pionera en estas experiencias y que organiza cursos de formación para gestores de bancos de tiempo. De acuerdo con un estudio de **Julio Gisbert Quero**, experto en este tema, en 2010 se conocían 163 bancos en España, destacando por su número, los de Galicia, Cataluña y Andalucía.



Mapa bancos de tiempo en España por CC.AA. Fuente: desconocida (si alguien lo sabe...)

La Comunidad de Madrid tenía, al menos, 16. La mayoría de ellos, están promocionados y gestionados por ayuntamientos, como complemento a sus servicios: 8 impulsadas por el ayuntamiento de la capital, principalmente a partir de los 6 Centros de Atención a la Familia(CAF), además de los conocidos, por su experiencia y solidez, y gestionados por los ayuntamientos de [Rivas Vaciamadrid](#) (en colaboración con la asociación Intertiempos. Funciona desde 2005) y Alcorcón. Otras son promocionadas por grupos de vecinos o por asociaciones, como el de la [asociación cultural Música de ida y vuelta](#) (cuyo objetivo es la integración multicultural a través de la música), que formó un banco de tiempo: [Banco de ida y vuelta](#) , a partir de su coro de Madrid (*Voces de ida y vuelta*).



Cartel del banco de tiempo de CEMIGRAS-Centro Europeo de Estudio sobre flujos migratorios (Las Palmas de Gran Canaria)

La pregunta de hoy

Cómo decíamos en la entradilla, los bancos de tiempo son otra demostración de que es posible construir sistemas alternativos para afrontar las necesidades cotidianas, más allá de la riqueza monetaria que se posea individualmente; a contracorriente de la situación de desigualdad social de partida. La pregunta que os lanzo hoy es: si es posible una alternativa desde estas experiencias locales, ¿porqué no lo va ser en el nivel más macropolítico y global?

Si quieres saber más:

- Mapa de Bancos del tiempo en España en Google maps: recoge los 163 bancos y su forma de contactar con ellos: Pinchar [AQUÍ](#)
- Vivir sin empleo, <http://www.vivirsinempleo.org/> web gestionada por Julio Gisbert Quero. Contiene una abundante información sobre el tema, en el que destacamos:
 - a) El post [“Situación de los bancos de tiempo en España en Junio de 2010”](#).
 - b) [Guía para la creación de un banco del tiempo](#)
- [Historia de los bancos del tiempo](#). Interesante y muy completo artículo, editado en la Web de bancos del tiempo del ayuntamiento de San Javier (Murcia), y también firmado por Julio Gisbert (¡)
- Blog [“Sin dinero”](#).
- Artículo [“Time banking” en Wikipedia](#)
- Organización británica “Time bank” <http://timebank.org.uk/>



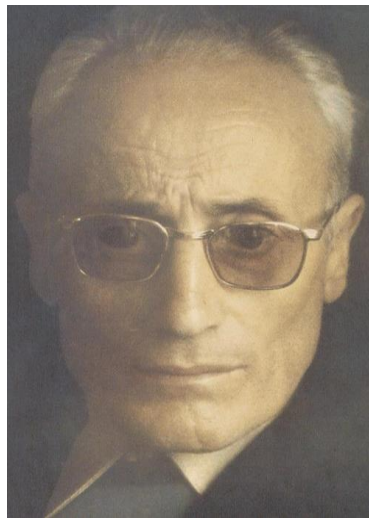
Fuente imagen: <http://biv-bdt.blogspot.com/2009/02/como-funciona.html>

Capítulo 12: José María Arizmendarrieta y el movimiento cooperativo de Mondragón⁵⁹

“Los que optan por hacer historia y cambian el curso de los acontecimientos tienen la ventaja sobre los que decidan esperar pasivos los resultados del cambio”.

“Las ideas nos separan, las necesidades nos unen”.

Aunque parecen lemas sacados de las actuales “revoluciones” y movilizaciones ciudadanas que vive el mundo árabe, estas palabras salieron hace décadas de la boca de un sacerdote y activista vasco llamado José María Arizmendarrieta, que hizo posible una utopía en que los propios trabajadores creaban y controlaban empresas, y resultaban ser más productivas que las que seguían el habitual modelo de explotación capitalista ¿Cómo fue posible que en pleno franquismo un sacerdote, ex-republicano y euskaldun, impulsara un fabuloso experimento social, basado en el desarrollo comunitario y el cooperativismo, en un pequeño pueblo, socialmente deprimido y políticamente derrotado, que se convirtió en un nuevo epicentro industrial, en el primer grupo cooperativo mundial y la 7ª empresa de España? Intentaremos encontrar algunas claves de este enigma.



José María Arizmendarrieta. Fuente: [Joxe Azurmendi](#) *El hombre cooperativo. Pensamiento de Arizmendarrieta*. Ediciones [Azatza S.L.](#)

Cooperativismo en Mondragón

En este caso, me limitaré a reproducir el artículo de la Wikipedia⁶⁰:

“El elemento determinante en el nacimiento de las Cooperativas que hoy configuran la Corporación Mondragón, es la llegada del joven sacerdote [José María Arizmendarrieta](#)”

⁵⁹ Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 27 de febrero de 2011

⁶⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Mondrag%C3%B3n_Corporaci%C3%B3n_Cooperativa

en [1941](#) a [Mondragón](#), un pueblo de 7.000 habitantes que vivía las dolorosas secuelas de la posguerra española -pobreza, hambre, exilio, odios y crispación- y decide trabajar a fondo por la convivencia y el desarrollo de fórmulas que permitan crear empleo solidario. Dotado de una mezcla extraordinaria de idealismo y talento pragmático crea en [1943](#) una Escuela Profesional abierta a todos, que se convertiría con el paso del tiempo en un semillero de directivos, técnicos y mano de obra cualificada para las empresas del entorno y sobre todo para las cooperativas”⁶¹



Primera cooperativa Ulgor (embrión de la actual Fagor), en el barrio de San Andrés de Mondragón. Fuente: [Ulgor kooperatiba, Mondragoen](#)

“Antes de promover la primera cooperativa, Arizmendiarieta dedicó varios años a formar a los jóvenes en un humanismo solidario y participativo, de raíz cristiana, y en la adquisición de los necesarios conocimientos técnicos. En [1955](#), selecciona a cinco de estos jóvenes que trabajaban en la empresa Unión Cerrajera (Usatorre, Larrañaga, Gorroñogoitia, Ormaechea y Ortubay) quienes constituyen Talleres Ulgor (acróstico de sus apellidos) en [1956](#), hoy [Fagor](#) Electrodomésticos, empresa pionera de la experiencia y embrión industrial de la Corporación.

“Los primeros quince años se caracterizan por un enorme dinamismo. Es una época en la que, aprovechando la [autarquía](#) del mercado y el despertar de la economía española, se crean numerosas cooperativas. En estos años, también bajo el impulso de [José María Arizmendiarieta](#), se constituyen dos entidades claves para el desarrollo de la Corporación Mondragón -[Caja Laboral](#) ([1959](#)) y la Entidad de Previsión Social [Lagun Aro](#) ([1966](#))- y se configura el primer grupo comarcal Ularco, embrión del asociacionismo cooperativo industrial que tan importante ha sido en la historia de la Corporación. En 1969 se constituye [Eroski](#), fruto de la fusión de nueve pequeñas cooperativas de

61 <http://www.euskomedia.org/aunamendi/12750?idi=es>

consumo locales, adelantándose a su tiempo en la necesidad de asociarse para poder ser competitivos.^[3]”

“En la etapa que va de [1970](#) a [1990](#) prosigue el dinamismo de años anteriores, que se expresa en el fuerte incremento del volumen de negocio, el lanzamiento de nuevas Cooperativas promovidas desde la División Empresarial de [Caja Laboral](#), la potenciación del asociacionismo cooperativo con la configuración de los grupos comarcales, y la constitución del Centro de Investigación [Ikerlan](#) en [1974](#).^[4] (...) en 1984 [se crea el] Grupo Cooperativo Mondragón (GCM), antecedente de la Corporación actual. (...)”

“Todo este entramado de cultura empresarial se ha ido configurando partiendo de una cultura común derivada de los 10 Principios Básicos Cooperativos, en los que Mondragón hunde sus raíces: Libre Adhesión, Organización Democrática, Soberanía del Trabajo, Carácter instrumental y subordinado del Capital, Participación en la Gestión, Solidaridad Retributiva, Intercooperación, Transformación Social, Carácter Universal y Educación..^[5] Esta filosofía inspiradora se complementa con la definición de los cuatro Valores Corporativos: Cooperación, actuando como propietarios y protagonistas; Participación, que se plasma en un compromiso en la gestión; Responsabilidad Social, mediante la distribución solidaria de la riqueza; e Innovación, dirigida hacia una renovación permanente en todos los ámbitos.”

José María Arizmendarrieta (1915-1976)

Arizmendi nació en 1915 en el caserío Iturbe de la villa de Marquina (Vizcaya). La república le pilló de seminarista. Estudia, entre otras materias, antropología, filología y cultura vascas en el seminario mayor de Vitoria, centro muy influenciado del nacionalismo vasco. Apoya el bando republicano durante la guerra civil, ejerciendo de periodista para un diario vasco en euskera. Sin embargo, al finalizar esta, consigue librarse de una pena de muerte y consagrarse sacerdote en 1940.



Arizmendi con el uniforme de Gudari durante la guerra civil Fuente: <http://www.arizmendarrieta.org/es/jose-maria-arizmendarrieta>

Según el interesante artículo de Jesús Larrañaga Lizarralde, publicado en la Enciclopedia Ilustrada del País vasco, Auñamendi^[2]: "(...) El 5 de febrero de 1941 llega en tren con los atuendos mínimos y un maletín de cartón a la estación de ferrocarril de Arrasate –Mondragón (...) Pueblo golpeado por la guerra civil y en hibernación política y sindical; momento que aprovecha Arizmendiarieta para reforzar sus intenciones de acción con su lema "las ideas nos separan, las necesidades nos unen". Lema existencial, oportunidad única de dinamización de la comunidad, como instancia apolítica y sensible con las necesidades colectivas. Lo urgente es la educación profesional, la alfabetización de la gente para ganar capacitación y autonomía en libertad, lo cual lo sintetiza en la divisa "para democratizar el poder socializar el saber".

"La Escuela Profesional es el instrumento estratégico, la primera plataforma de emancipación. Trabaja con grupos de personas que ya actúan en movimientos afines a la Iglesia: Juventudes Obreras Católica (J.O.C.), Juventudes de Acción Católica y otros. La toma de conciencia es la base del compromiso, el punto germinal para la transformación de estructuras, el caballo de batalla de toda sociedad en cambio. Como todo revolucionario o humilde reformista, utiliza los resortes de la comunicación para conformar los estados de opinión, acercar pensamientos, difundir ideas y aproximarse a los distanciados. (...) Feraz escritor de artículos, sermones y conferencias, renuncia deliberadamente a escribir libro alguno, como si temiera que lo devorara el progreso, y quizá guiado por aquello su continuo pensamiento: "saturados de ideas, faltos de acción". (...) Firme en sus convicciones se adentra por los caminos de la utopía cuidando la retirada con la necesidad de experiencia, coartada inteligente para quién juega a cambios de estructura, a soñador del hombre nuevo".

"Entre los años 1947-1955 teoriza sobre la empresa y su reforma, trata de concienciar a la clase empresarial sobre la importancia de integrar al trabajador en la gestión e inversión con formulas varias, impulsa la idea de la cogestión y el salario dual, el de consumo e inversión, como mecanismos de inserción de la clase trabajadora, de hacer real la participación en el poder y en la gestión de la empresa. Prédica inútil que se diluye entre la indiferencia y el vacío. Cambio de ejes e inicio de nuevo rumbo. Ensayar con personas formadas en la Escuela Profesional y afines con su ideario, desapegados y pobres, en suma, de las ataduras de poder y del dinero, la viabilidad de una empresa cogestionada o lo que resultase aplicable en su momento".

"Arizmendiarieta no busca crear cooperativas, aspira a concienciar a la gente sobre el valor transformador de la participación y la confianza en las personas en la gestión de las organizaciones, no aboga por una fórmula concreta. En Mondragón adquiere la forma cooperativa y con el título de Experiencia Cooperativa rueda en el escenario del mercado. Persiste la nominación de Experiencia, indicador de que está incompleta o seguirá como Experiencia por irrepetible".

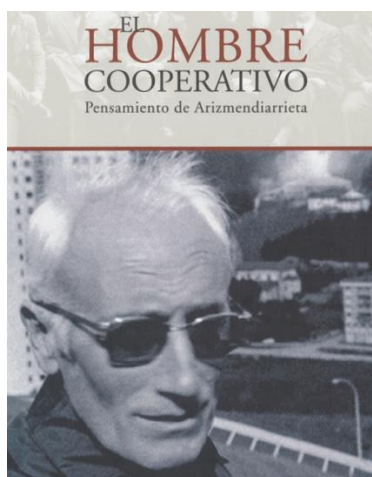
"Arizmendiarieta ligado por la espiral de imagen al fenómeno cooperativo, es ante todo sacerdote y hombre de fe. Coadjutor por vida de la Parroquia de San Juan de Mondragón y pobre que vive del magro estipendio parroquia. Recio en sus convicciones religiosas, avanzado en lo social y evolutivo en lo moral. Su sentido de servicio y entrega, en coherencia con sus creencias evangélicas, los explicita en un proverbio chino que dice: "Crear y no poseer, actuar y no ganar, progresar y no dominar". Tríada cenobial, síntesis existencial, que anima al que sueña con el hombre nuevo desposeído y

generoso, aspiración sempiterna de utópicos y soñadores sociales. Parecía una locura la microutopía de Mondragón, que se llevó a efecto cuando muchos vaticinaban el fracaso anunciado. Pero éste, el concepto del nuevo hombre, afecta a las entrañas o inmanencias del ser humano y es para minorías. (...)

Si quieres saber más

Espero que haya despertado tu curiosidad. Aunque los he buscado, no he encontrado artículos críticos con la experiencia de Mondragón y con la biografía de Arizmendi. También desconozco cuánto de este atractivo ideario y modelo social y laboral se ha conservado en el actual grupo de empresas de Mondragón (Eroski, Fagor, etc.). Agradezco cualquier información en este sentido. Si quieres saber más, te recomiendo:

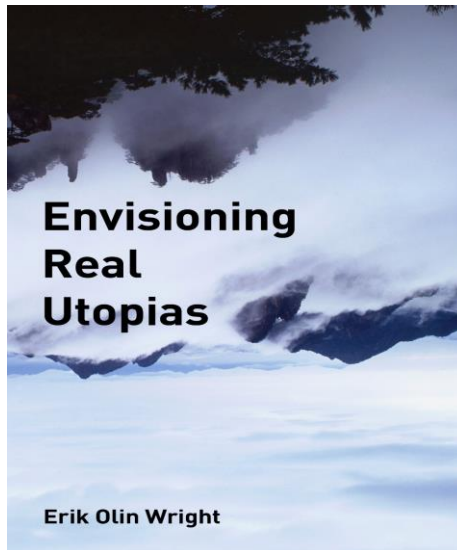
- [Joxe Azurmendi](#) El hombre cooperativo. Pensamiento de Arizmendiarieta . Ediciones [Azatza S.L.](#) Puedes descargar el pdf del libro en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/mono/arizmendiarieta/elhombre.pdf>



Portada del libro

- Euskomedia: <http://www.euskomedia.org/arizmendiarieta>. Fotos: <http://www.euskomedia.org/arizmendiarieta/eu>
- Blog “Una sociedad mas consciente es posible” de blasapisguncuevas . Post: [Cooperativas Mondragón: la Democracia Económica es viable](#) (4 abril 2010). En él menciona dos libros en los que la experiencia de Mondragón se pone de ejemplo de que las utopías son posibles:
- [David Schweickart. After Capitalism \(Después del capitalismo\). Rowman & Littlefield Publishers, Nueva York, 2002](#)). Schweickart apuesta por un modelo postcapitalista, que denomina Democracia Económica, donde los trabajadores tengan el control de empresas productivas. Como ejemplos de que es posible menciona a las cooperativas de madera chapada en el noroeste de EU, a las 20 mil cooperativas de producción que existen en Italia, a las Cooperativas Mondragón que son más productivas y más rentables que las empresas capitalistas, y a otras experiencias

- Erik Olin Wright. *Envisioning Real Utopias*. Verso 2010. El autor proporciona cuatro ejemplos de utopías reales: los presupuestos participativos de Porto Alegre, Brasil; la Wikipedia; las Cooperativas Mondragón y el Ingreso Básico Incondicional. En su página personal, Wright, deja el acceso a una parte importante del manuscrito prepublicación del libro (accesible en <http://www.ssc.wisc.edu/~wright/ERU.htm>). En el capítulo 7 esta la mención a la experiencia de Mondragón: [Chapter 7. Real Utopias II: Social Empowerment and the Economy](#)



Portada del libro: Erik Olin Wright. *Envisioning Real Utopias*

Capítulo 13: El experimento Peckham⁶²

Los proyectos y los equipos, como la vida misma, tienen una fecha de caducidad. Sin embargo, en el caso de los buenos proyectos, su influencia puede perdurar por muchos años y son una fuente de conocimiento e inspiración que luego es aplicada en otros proyectos y por otros equipos.

Un ejemplo, fue el proyecto del Centro Especial de Medicina Comunitaria del 1º de Octubre (dirigido por la Dra. Teresa Sánchez Mozo), que a pesar de su vida corta, sigue siendo para muchos de los que nos iniciamos profesionalmente al principio de los 80, un punto de referencia de buen trabajo en salud comunitaria desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial y participativa (Ya le dedicaremos algún artículo en el futuro al centro y a Teresa, que se jubiló este mismo mes⁶³).

Otro ejemplo, no muy bien conocido en nuestro país, es el llamado “experimento Peckham” en el sur de Londres. Fue un centro de promoción de la salud, que también tuvo una vida corta y que ayudó a su comunidad a encontrar herramientas y conocimientos para manejar su propio entorno y mejorar su salud. Combinó la oferta de servicios médicos (cuidados ante y postnatales, planificación familiar, etc.) con instalaciones deportivas (piscina cubierta, gimnasio, clubs deportivos) o actividades sociales (club de café, baile, etc.). Utilizó el arte como una vía de placer y emancipación. Una granja-huerta ayudaba a mejorar la pobre nutrición de las familias obreras de la época. El centro favoreció la autonomía y el desarrollo de la comunidad. Era lo que hoy podríamos llamar una ONG, requiriendo el pago de una cuota semanal modesta para el acceso a sus servicios ¿Queréis saber más?



La huerta del centro Peckham. Fuente: Pioneer Health Foundations <http://www.thephf.org/>,

62 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 21 de noviembre de 2009 (escrito anteriormente a la serie “Desarrollo Comunitario”, e incluida en la serie de “Biopolítica y Salud Pública)

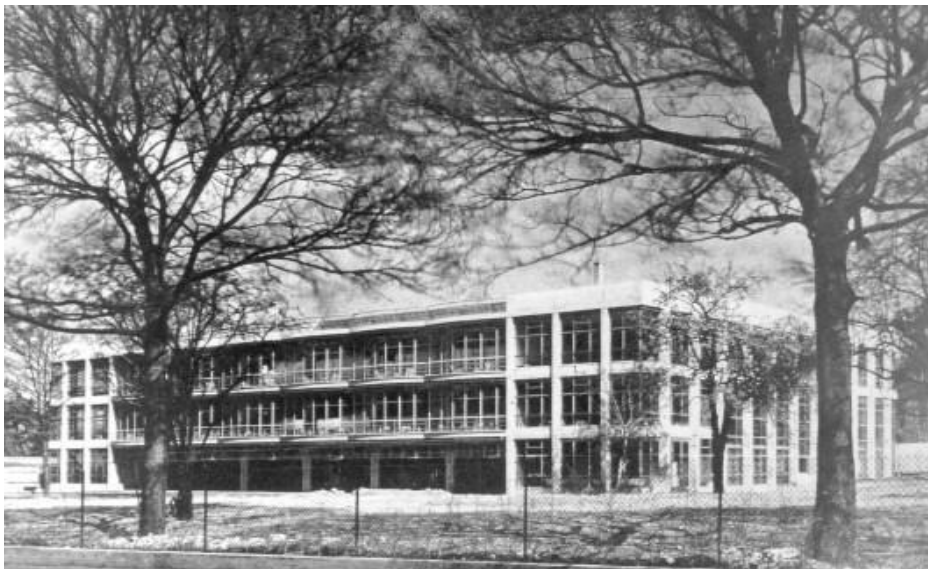
63 Posteriormente, a raíz de la lamentable y precoz muerte de la Dra Sanchez Mozo, se le dedicaron dos artículos: [Réquiem por la Dra. Teresa Sánchez Mozo, gran dama de la Salud Pública española](#) y [El Centro Especial de Medicina Comunitaria de Madrid \(1980-1985\) \(In Memoriam de la Dra Teresa Sánchez-Mozo, su mentora\)](#) (Publicados en el blog “Salud Pública y algo más” el 12 y 13 de noviembre de 2012),

Si queréis saber más sobre el experimento Peckham, os recomiendo empezar por un artículo introductorio, que forma parte de un conjunto de cuatro artículos sobre el tema recientemente publicados (y traducidos al castellano), en el último número de la revista "Medicina Social": [Arati Karnik, "Presentación del experimento Peckham". Medicina Social, Vol 4, No 3 \(2009\) Pp 211.213](#), que empieza con esta cita de uno de los fundadores del centro:

La salud es un derecho universal por nacimiento, es una lástima que muchos lo pierdan. A pesar de nuestros vastos servicios de enfermedad... la carga de la enfermedad en la comunidad sigue siendo alta... todo este estudio de la enfermedad no nos revela las leyes de la salud, es la salud misma la que tiene que ser estudiada. Tenemos que crear laboratorios en donde podamos poner también a la salud bajo la lupa, para verla y descubrir cómo se comporta, para darnos cuenta en qué condiciones puede crecer y extenderse.

(Salud del individuo, de la familia, de la sociedad, Innes H. Pearse)

El experimento Peckham fue uno de los más innovadores programas de medicina comunitaria del siglo XX, por lo que influenció al movimiento de salud comunitaria en todo el mundo. Fue creación del Dr. George Scott Williamson y de la Dra. Innes H. Pearse, dos biólogos con formación en medicina que, además, estaban casados. Ambos eran investigadores con experiencia en el diagnóstico temprano y en la investigación de la enfermedad, pero habían llegado a la conclusión de que el estudio de la enfermedad no era el camino hacia la comprensión o la obtención de la salud. “



Edificio del centro Peckham. Fuente: Pioneer Health Foundations <http://www.thephf.org/>

En el mismo número de la revista "Medicina social" se reimprimen tres publicaciones: sobre el Experimento Peckham, a los que podéis acceder libremente a través de los enlaces que os dejo preparados. La primera es la reseña de un libro, publicada en el *British Medical Journal* en 1980, [La calidad de vida: la perspectiva Peckham a la etología humana \(The Quality of Life: the Peckham Approach to Human Ethology\)](#) escrito por Innes Pearse. En la reseña la autora retoma los principios centrales del Experimento

Peckham que guiaron el estudio biológico del comportamiento humano y de la salud. La segunda, [Salud del individuo, de la familia, de la sociedad \(Health of the individual, family, society\)](#), fue publicada en 1971 por el Centro Pionero de Salud, describe el Experimento Peckham y algunas posibilidades futuras vinculadas a este trabajo; relata el nacimiento del Experimento, su filosofía subyacente y describe su funcionamiento junto con sus primeros hallazgos. La tercera y última, es una introducción escrita por el Dr. Joel Elkes para la reedición de [El experimento Peckham \(The Peckham Experiment\)](#) en 1985 (originalmente publicado en 1943).

Una vez leídos estos tres artículos, os recomiendo seguir con la visita a la página de la [Pioneer Health Foundations](#), donde obtendréis una amplia información escrita (en esta ocasión solo en inglés) y gráfica del centro de salud de Peckham. Traduciré a continuación algunos extractos que dan cuenta del “experimento”⁶⁴:

“La influencia creativa en las instituciones no es una cuestión de tamaño, estatus o longevidad. Esta verdad se demostró con el experimento Peckham, que brilló brevemente durante cuatro años antes de la Segunda Guerra Mundial, y por otros cuatro años después. Sin embargo, creó esperanzas en su época y su nombre es recordado y sus principios han sido redescubiertos”

"El experimento fue un centro, construido para ese fin, preocupado por la naturaleza de la salud. Fue dirigido por George Scott Williamson y suponía la combinación de un centro médico y un centro comunitario, abierto a todas las familias del entorno (accesible "empujando un cochecito de bebé"), mediante el pago de una modesta cuota semanal. Sus instalaciones incluían piscina, sala de baile, gimnasio, guardería infantil y una cafetería"



Los fundadores del centro Peckham. Fuente: Pioneer Health Foundations <http://www.thephf.org/>,

64[1] Extractos traducidos de las reseñas del libro: Innes H. Pearse and Lucy H. Crocker. The Peckham Experiment. A study of the living structure of society. En: <http://www.thephf.org/publications.html#Pub1>

"El centro del experimento era un examen de salud periódico y la asesoría a las familias sobre sus hallazgos. Scott Williamson y sus colegas creían que era posible promocionar la salud positiva, si la gente tenía el conocimiento y la oportunidad de manejar su propio entorno. El secreto de su continuada influencia deriva de la fe básica en los individuos actuando conjuntamente. Había una débil dirección u organización de actividades, promocionándose la autonomía de los usuarios (incluyendo los del gimnasio y la piscina, donde se favorecía que los niños aprendiesen a nadar por si solos, con escasas instrucciones). El objeto era ayudar a gente a tomar control, dentro de lo posible, de sus propias circunstancias. El principal recurso eran las familias".

"¿Qué era el centro? Era un club de lo más inusual, abierto no a individuos, sino a familias. Las familias se reunían no porque estuviesen enfermas (no había instalaciones para el tratamiento de enfermedades), sino porque estaban sanas, o al menos así lo pensaban. Los médicos contratados estaban allí para observar a las familias y hacerlas un examen medico anual. Los socios tenían su propio historial de salud: eran animados a entenderlo y a mejorar su propio rendimiento año tras año. Los historiales eran un incentivo para estar bien, y para mejorar de un año al otro".



La piscina cubierta del centro Peckham (abajo: vaso de piscina para aprendizaje).

Fuente: Pioneer Health Foundations <http://www.thephf.org/>,

"El primer paso hacia la buena salud era mejorar la nutrición. La información sobre cómo hacerlo, incluso con ingresos limitados, estaba gratuitamente disponible en el centro, y sus socios le dedicaban bastante atención. Para conseguir mejores suministros, Williamson y los socios pusieron en marcha una granja y una huerta domésticas en Bromley. Así obtuvieron mejor leche y frutas y vegetales cultivados con compost. Los alimentos de la granja eran vendidos a las embarazadas del centro a un precio no superior a los entonces imperantes."

"El segundo paso fue dar la oportunidad de hacer ejercicio en la piscina cubierta, alrededor de la cual se construyó el centro, en el gimnasio y en otros clubs deportivos."

"El tercer paso era reunir en un mismo lugar un amplio número de servicios. Usando el lenguaje actual, Peckham albergaba una clínica de salud materno-infantil, un centro de planificación familiar, una guardería infantil, un club juvenil, un centro deportivo, un instituto de educación para adultos, un centro de consejo matrimonial y una clínica de guía a la infancia."



La revisión de salud periódica. Fuente: Pioneer Health Foundations <http://www.thephf.org/>,



La escuela infantil del centro Peckham. Fuente: Pioneer Health Foundations <http://www.thephf.org/>,

"El cuarto paso era dar a los socios (algunos de los cuales habían estado antes socialmente aislados) la oportunidad de conocer a otros, en el buen ambiente de la cafetería del centro, hacer amigos, decidir sobre sus propias actividades y organizar sus propios grupos. Se dejaba que la gente se las arreglara por sí mismos, incluidos los niños. Estos estaban apáticos cuando los adultos les organizaban todo y resucitaban cuando les dejaban organizarse a ellos mismos y poner en marcha proyectos propios."



Actividades sociales y recreativas en el centro Peckham. Fuente: Pioneer Health Foundations

<http://www.thephf.org/>

"El centro funcionó de 1935 a 1939, y después de la guerra de 1946 a 1950. El experimento finalmente acabó en 1951, después de que fallaran todos los esfuerzos para superar sus dificultades financieras. Ya que los "centros de salud" se habían convertido en parte de la doctrina oficial, después de la aprobación en 1946 de la Ley del Servicio Nacional de Salud (National Health Service- NHS), los directores se acercaron al Ministerio de Sanidad para encontrar la fórmula de incorporarse a la red oficial de provisión de servicios. No lo consiguieron por cinco razones:

1. Se ocupaba exclusivamente del estudio y promoción de la salud, no del tratamiento de la enfermedad.
2. Se basaba exclusivamente en la familia integrada, no en el individuo.

3. Se basaba exclusivamente en una localidad, no tenía una orientación de “puertas abiertas”
4. Su base era contributaria (doce y medio peniques por semana y familia), no era gratuito
5. Se basaba en la administración autónoma, y por ello no se adaptaba a la estructura organizativa del NHS”

“Peckham fue más un experimento social que un experimento médico. Su mayor lección fue que lo social es necesario para lo médico. La salud no es ni mucho menos tan buena como podría ser, en gran parte por la pobreza y el desempleo. [El Black Report](#) de 1980 sobre desigualdades sociales en salud (DSS) lo mostró. La salud también es deficiente porque los estilos de vida de la gente están equivocados”

(Fin del texto traducido)

Reflexión final

Yo añadiría que los estilos de vida “equivocados” están relacionados con este contexto social y económico, con estas DSS y con sus inherentes condiciones de pobreza y desempleo. Esto lo sabemos los salubristas. La cuestión es por dónde empezamos, en nuestra práctica profesional, a abordar esta realidad conocida y cómo podemos contribuir a cambiarla, en lo posible. Cómo pasar de la investigación de las DSS a la intervención sobre las mismas.

De “mirar y marear” la base de datos a la intervención sobre y con la población. De mirar a quién tenemos en la sala de espera a salir fuera del centro. De conformarnos con nuestras publicaciones en revistas científicas y nuestras comunicaciones a congresos, a poner nuestro conocimiento al servicio de la gente. De esperar hasta que las condiciones políticas e institucionales ideales lleguen desde fuera (por ejemplo, el resultado de las próximas elecciones), a contribuir a crearlas. De considerar que todo cambio pasa por la voluntad o el *pedigree* político de la cúpula de una institución, a preguntarse qué puede uno modificar en su práctica profesional o qué cosas nuevas puede uno aprender. De tener miedo a intervenir sobre los estilos de vida de una forma simplificante y asocial, a contemplar a los mismos como una palanca de acción sobre la salud y sus determinantes, desde un pensamiento complejo que combine las estrategias poblacionales junto con las de alto riesgo.

Todo ello sin dejar de considerar, la importancia central y la gran determinación del contexto socio-político donde trabajamos y vivimos. No nos olvidemos, por último, que todo proyecto comunitario implica la necesidad de que la comunidad sea el protagonista central del cambio. Y eso, significa la aceptación de la consecuente pérdida de poder, centralidad y privilegios del profesional (sea médico, sanitario, psicólogo, trabajador social, etc.) y la institución u organización (sea administración pública, ONG, partido político o sindicato) que lo promueve. También probablemente, una revisión del destino de los fondos invertidos para mejorar la salud de la comunidad.

En resumen, creo que podemos aprender bastante de las enseñanzas del “experimento Peckham” para este fin.

Capítulo 14: “Healthy living centres” o centros de vida saludable, Gran Bretaña (1999-2010)⁶⁵

Ahora que el cambio de gobierno en Gran Bretaña puede enterrar o dificultar la evaluación de algunas interesantes experiencias de lucha contra las desigualdades sociales en salud, merece la pena resaltar iniciativas como los centros de vida saludables (*healthy living centres*). Han sido y son intentos, heterogéneos y de resultado dispar, de promover la salud como un elemento central del desarrollo comunitario, en zonas especialmente castigadas por la injusticia social. En ellas el estado priorizó y subvencionó intervenciones de salud pública (*health action zones*) y de renovación vecinal (*neighbourhood renewal*), a costa de los fondos de la lotería nacional.



Neptune Health Park en Tiptoe (Sandwell-Inglaterra). Es un centro de salud donde se ofrecen servicios variados: un centro de atención primaria, una farmacia, una óptica, una oficina del consumidor, una cafetería comunitaria y un Punto de Salud ("Health Point"), que informa de los servicios de promoción de salud, algunos de los cuales se proveen en el propio centro (grupos de alimentación y control del peso, oferta de espacios de reunión a la comunidad, asesoría psico-pedagógica, talleres de Salud sexual y reproductiva con adolescentes, punto de referencia del educador social, ayuda lingüística a inmigrantes, asesoría legal-laboral, punto de partida de paseos saludables, etc). Fuente foto: Malcolm Bailey. Murray Hall Community Trust

La renovación de los peores vecindarios (las zonas de acción especial)

Cuando llega al poder “el nuevo laborismo” (*New Labour*), existe una creciente preocupación por los llamados “peores vecindarios”, donde se concentraban la pobreza y el desempleo, con los problemas sociales asociados de alta criminalidad, desordenes sociales, vandalismo, servicios (educativos, sanitarios, sociales y comerciales) empobrecidos y disfuncionales, viviendas vacías y declive ambiental. En 1998, se forma

65 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 9 de marzo de 2011

la Unidad de Exclusión Social (SEU_ *Social Exclusion Unit*), que en un informe (*Bringing Britain together*⁶⁶) identifica 3.000 vecindarios con las características antes descritas.



Calle de **Sandwell** con las típicas casas sociales municipales inglesas (“council houses”), donde reside la población socialmente más desaventajada. Sandwell forma parte del Black country (País negro), cuna de la revolución industrial, a la vez que una de las comarcas inglesas más castigadas por los efectos de la desindustrialización, que ocurrió a lo largo de los mandatos de los gobiernos de Margaret Thatcher. Fue considerada como una de las “zonas de acción especial”, en el programa laborista mencionado. Fuente Foto: Javier Segura, junio 2010 (las banderas inglesas se justifican porque se estaba celebrando el campeonato mundial de fútbol y...).

En 2000 se aprueba la estrategia para promocionar la renovación de estos barrios (*Nacional Strategy for Neighbourhood Renewal*⁶⁷). El ambicioso objetivo, y bandera del nuevo laborismo, es que “en 10-20 años nadie debe estar claramente en desventaja por el lugar donde vive”. Basado en esta estrategia se desarrollan varios programas educativos, sanitarios, presupuestarios, de protección a la infancia, de promoción de empleo y de urbanismo basados en áreas de acción especial: *Single Regeneration Budget, Education Action Zones, Health Action Zones, New Deal for Communities, Sure Start, Excellence in cities, Employment zones*, etc.

Una multitud de iniciativas de desarrollo comunitario surgen en los años siguientes para reducir el paro y el crimen, mejorar las capacidades, la salud, la vivienda y el medio ambiente y disminuir las divisiones sociales. Se basan en conceptos como exclusión, multiculturalismo, capital social y comunidad, dentro de la idea central de cohesión

66 *Bringing Britain Together. A National Strategy for Neighbourhood Renewal*. Great Britain. Cabinet Office. SEU. Stationery Office Books (TSO). 1998

67 *A New Commitment to Neighbourhood Renewal. National Strategy Action Plan*. Report by the Social Exclusion Unit. January 2001. Accesible en: http://neighborhood.statistics.gov.uk/HTMLDocs/images/NationalStrategyReport_tcm97-51090.pdf

social, como principio general para mejorar la calidad de vida de estos vecindarios. Aunque no disponemos todavía de una evaluación global de la experiencia (en estos momentos es todavía una incógnita el impacto que tendrá el cambio de gobierno y sus políticas de recorte de la inversión pública sobre estas iniciativas), hay evaluaciones y análisis particulares.

En general, sin menoscabar la oportunidad que ha supuesto este marco político, desde las posiciones del desarrollo comunitario más radical⁶⁸, se critica que la renovación vecinal no puede alcanzarse solo con acciones sobre vecindarios concretos, sin tocar las políticas y determinantes económicos responsables del empobrecimiento. Factores que han impedido la eficacia de las intervenciones son: financiación insuficiente, intervenciones que no tienen en cuenta relaciones de poder asimétricas en la acción intersectorial (*partnerships*) y falta de participación real (definición de prioridades y necesidades desde arriba)



Interior del edificio de Neptune Health Park. A la izquierda: entrada al centro de Atención primaria (Black country Family Practice Healthcare); a la derecha: óptica y farmacia (no se ve); arriba: oficina de información al consumidor; al fondo a la izquierda: pequeña cafetera comunitaria; al lado entrada al espacio del "Health Point", gestionados por Murray Hall Community Trust. Esta ONG trabaja estrechamente con el Servicio de Salud Pública distrital (del NHS) y gestiona varios centros en Sandwell, subvencionados con fondos de desarrollo comunitario, que funcionan como un "healthy living centre" y proporcionan servicios variados: escuelas infantiles, bibliotecas, centros de orientación e inserción socio-laboral, programas/equipos de prevención violencia doméstica, promoción de la salud, educadores de calle, "[comunidades compasivas](#)", salud sexual, intercambio de jeringuillas, etc.) Fuente foto: Javier Segura, junio 2010.

68 Margaret Ledwith. *Community Development. A critical approach*. BASW/Policy Press title. 2005.

Los centros de vida saludables (*healthy living centres*)

Los centros de vida saludables, que es como podríamos traducir a los *Healthy Living Centres* (HLC), fueron la forma como se concertó las acciones de reducción de las DSS en las zonas de acción especial (*Health Action Zones*), identificadas como las de mayores necesidades sociales y de salud (ver en este blog: [La estrategia inglesa de lucha contra las DSS \(1998-2010\)](#)). Han sido proyectos de colaboración entre la administración del NHS, las comunidades locales, el voluntariado y el sector privado,

No todos los HLC tenían una sede física: algunos operaban como redes de actividades o estaban enfocados a un programa específico. Algunos formaban parte de la red de centros públicos de salud, mientras que otros eran gestionados por voluntarios o sociedades caritativas. Todos eran animados a funcionar en red e intercambiar experiencias y buenas prácticas. Algunos trataban de cubrir una necesidad específica local (ejemplo, servicios de salud mental), mientras que otros promocionaban la buena salud en un sentido amplio, a través de la información, el ejercicio físico o la educación. En muchos sentidos, se inspiraban en el modelo del centro Peckham, de la década de los 40 (ver el capítulo anterior).

El programa se inició en 1999, siendo financiado por la lotería nacional (*The Big Lottery Fund*, que antes se llamaba *The New Opportunities Fund*). Más de 280 millones de libras se distribuyeron entre 352 HLC de todo el Reino Unido a lo largo de 5 años. A finales de diciembre de 2007, 166 HLC habían mantenido esta asignación financiera del fondo de la lotería.



Logo de la Lotería Nacional de cuyo fondo se financian los centros de vida saludables (**Big Lottery Fund**)

En enero de 2007 se hizo una evaluación independiente (por el *Bridge Consortium*) de esta experiencia⁶⁹, que valoró especialmente los esfuerzos en innovación y flexibilidad para llegar a grupos sociales difícilmente accesibles desde los servicios socio-sanitarios convencionales. La búsqueda de alianzas entre los sectores formales e informales locales, y el intento de aumentar la capacidad de las comunidades locales para enfrentarse a sus problemas sociales y de salud y, habrían sido otros aspectos destacados.

69 http://www2.biglotteryfund.org.uk/er_eval_hlc_final_eval_summ.pdf

Según algunos autores como David Hunter⁷⁰, los logros y las dificultades de la experiencia hay que situarlos en el contexto de los cambios institucionales que sufrió el NHS y el propio programa de los HLC (se descentralizó su gestión en las regiones), las dificultades de sostenibilidad de los proyectos (tanto por la necesidad de constantes búsquedas de financiación mas allá del corto plazo, como por la inestabilidad de los socios de los HLC, tanto el voluntariado como los cambios de la administración pública de salud) y finalmente, por un cambio de prioridades establecidas por el propio gobierno Blair, que incorporó criterios mas neoliberales y enfoques más individualistas a partir de 2003. Los HLC habrían tenido éxito en forjar empresas sociales, pero la falta de soporte financiero externo (y sostenido en el tiempo) y la necesidad de dar poder efectivo a las comunidades, habrían dificultado su continuidad y un impacto efectivo y claro, a favor del desarrollo comunitario y en contra de las DSS.

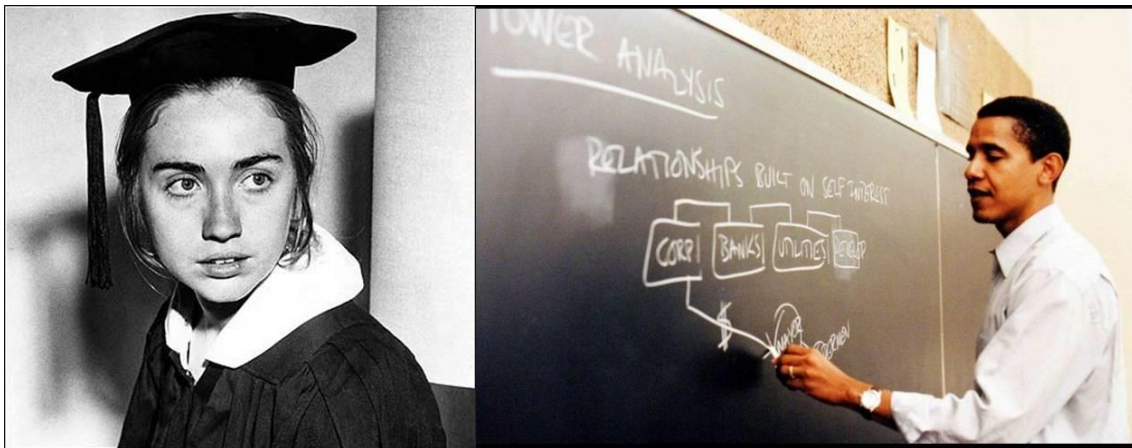


Folletos traducidos a mas de 12 idiomas, correspondientes a la composición multicultural de la población de Sandwell. Foto: Javier Segura, junio 2010

70 http://www2.biglotteryfund.org.uk/er_eval_hlc_change_pol.pdf

Capítulo 15: Saul Alinsky y las reglas del buen rebelde ⁷¹

"Todo cambio implica desorganización de lo anterior para la organización de algo nuevo", dijo Obama durante un discurso. Pocos sabían que se basaba en una cita de Saul Alinsky, destacado activista americano, organizador comunitario y paisano suyo de Chicago, que inspiró la llamada revolución de los patios traseros (*Backyard Revolution*). La apreciable influencia que Alinsky sigue teniendo, no solo entre los trabajadores comunitarios y activistas sociales anglo-sajones, sino entre prominentes políticos americanos, como Obama o Hillary Clinton (que hizo su tesis de licenciatura sobre la obra de Alinsky), y el hecho de que sus tácticas de agitación sean imitadas también por los movimientos reaccionarios americanos, como el Tea Party, hace que merezca la pena que dediquemos un capítulo de nuestra serie de [Desarrollo comunitario](#), al legado de Alinsky.



A la izquierda: foto de graduación universitaria de Hillary Clinton en 1969 con 23 añitos en el Wellesley College, donde presentó su tesis de licenciatura en ciencias políticas sobre Saul D. Alinsky. Fuente: A la derecha: foto de Obama durante una clase en un instituto de Chicago, en las que expone las ideas de Alinsky sobre el análisis del poder, ayudándose de un esquema en la pizarra. Fuente: <http://www.thenextright.com/category/blog-tags/saul-alinsky>. Ambas fotos han sido profusamente utilizadas, en los últimos dos años, en medios y blogs de la extrema derecha americana (y española), para "probar" que EE.UU. estaría gobernada por "peligrosos marxistas que siguen las enseñanzas de radicales como Alinsky, que buscaban destruir la democracia americana".

La revolución de los patios traseros (*Backyard Revolution*)

"Debemos siempre recordar que una auténtica organización del pueblo, aquella en la que éste confíe totalmente y considere definitivamente como propia, debe estar enraizada en las propias experiencias del pueblo. Esto es esencial si la organización se va a construir y fundar sobre el pueblo".

71 Publicado en el blog "Salud Pública y algo más" el 3 de abril de 2011

(Alinsky, 1969, *Reveill for Radicals*)

Saul Alinsky (1909-1972) desarrolló su activismo social en el Chicago de los años 30, castigado por la gran depresión y controlado por la Mafia, que albergó los llamados vecindarios de patios traseros (*Back-of-the-yards neighbourhood*). En estos patios traseros construidos en áreas industriales deterioradas de grandes corrales de ganado, se concentraba la población en situación de pobreza extrema ⁷². En 1938 le encargaron a Saúl Alinsky, como estudiante de postgrado de arqueología, contratado como criminólogo por el estado de Illinois, una investigación sobre las causas de la delincuencia juvenil. Como un observador del mundo de Al Capone, llegó a la convicción de que la conducta criminal era un síntoma de la pobreza y ausencia de poder de los más desfavorecidos.



Foto de Saul Alinsky. Fuente y fechas desconocidas

También, de que no podía seguir siendo un observador distante. Él había crecido en el barrio judío de Chicago, con una educación materna, que le llevaba a la convicción apasionada de que la justicia social podía alcanzarse a través de la profundización de la democracia, y que, en vez de conformarse con lo dado, había que rebelarse contra lo que estaba claramente mal. Sus métodos no tenían una gran base teórica, sino que se guiaban por la premisa de que enseñar a las comunidades pobres como podían organizarse, no solo les restauraba su dignidad, sino que les permitía enfrentarse eficaz y estratégicamente a los poderosos ⁷³.

72 Leer la novela de [Upton Sinclair](#) "La jungla" (*The Jungle*) de 1906, sobre las terribles condiciones de vida en los [Union Stock Yards](#)

73 Estos párrafos están basados en una traducción del texto de Margaret Ledwith, "Community development. A critical approach". BASW. 2008. Pag 88

Desarrollando estos métodos organizativos⁷⁴ fundó organizaciones populares de base (*People's organisations*)⁷⁵, que extendieron la llamada revolución de los patios traseros (*Backyard Revolution*), a través de varias ciudades norteamericanas (Chicago, California, Michigan, Nueva York, Kansas city, etc). Mediante asambleas de consejos de patios trasero (*Backyard council meeting*), las comunidades aprendían a usar los cauces de participación democrática y reivindicación de sus derechos civiles, para defender sus intereses y luchar contra la discriminación racial, la pobreza y el aislamiento social.

<https://www.youtube.com/watch?v=G8UTKs2AiqU&NR=1>

Video de presentación del documental "The Democratic Promise: Saul Alinsky & His Legacy" (La promesa democrática: Saul Alinsky y su legado) (1999). El famoso abolicionista Frederick Douglass escribió: "El poder no concede nada sin demanda previa". El film es la historia de gente sencilla, demandando a los poderosos el gobierno de sus propias vidas. Narrado por el actor Alec Baldwin, el documental examina tanto la historia de la organización de comunidades, a través de la obra de Saul Alinsky, así como el estado actual de este proceso de organización comunitaria en algunos barrios y organizaciones actuales de Nueva York y Tejas. En un sentido más amplio, el programa trata sobre la restauración de la democracia americana a través de la participación compartida del público en la vida civil; un antídoto vital para una era de incremento de la alienación ciudadana y la apatía del votante (No solo en EE.UU., añadiría yo). Fuente: <http://www.itvs.org/films/democratic-promise>

El primer paso en la organización comunitaria es la desorganización comunitaria

Alinsky tenía una profunda fe en la democracia americana, pero no era un ingenuo. Las cosas no se conceden, sin pelea. Sabía que los explotados tenían que enfrentarse de forma inteligente a los poderosos, que corrompían los valores de esta democracia y aprovechaban sus reglas de juego para sus fines de dominación y explotación. Sus métodos de lucha eran no violentos, pero, a la vez, radicales. Radicales en sus intenciones (ir a las raíces y no a los síntomas) y en sus tácticas: identificar al contrincante (el poderoso, el explotador), acosarle sin tregua y batirle sin piedad. A la vez, ganarse la confianza de la comunidad, sacarla de la apatía, implicarla en el activismo y enseñar a organizarse eficazmente frente a los enemigos. Su fórmula era la combinación de los verbos *agitar*, *antagonizar*, *educar* y *organizar*.

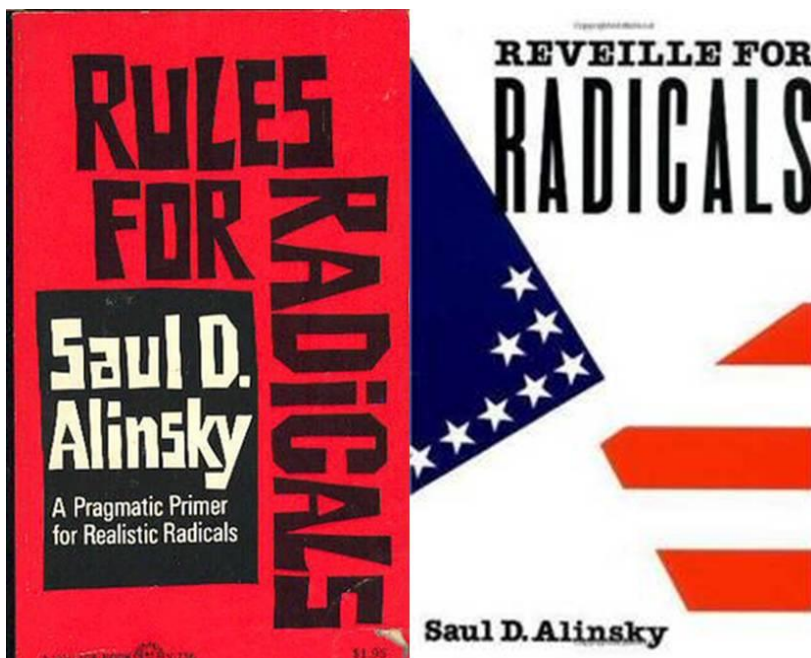
“Si tu función es atacar la apatía y llevar a la gente a participar, es necesario atacar los patrones preexistentes de vida organizada en la comunidad. *El primer paso en la organización comunitaria es la desorganización comunitaria*”.

74 <http://www.itvs.org/films/democratic-promise>

75 En 1936 dejó las agencias estatales y fundó el Consejo de la Vecindad (Backyard council). Más tarde, fundó la Fundación de las Áreas Industriales ([Industrial Areas Foundation](#)-IAF), con el fin de llevar su método a las reformas en áreas urbanas en declive. En los años sesenta fundó la vecindad TWO para organizar las comunidades afro-americanas. La IAF formó a cientos de líderes ciudadanos, sindicalistas y activistas americanos prominentes, como por ejemplo [Cesar Chavez](#) y [Dolores Huerta](#).

Reglas para radicales (*Rules for Radicals*)⁷⁶

Alinsky recogió en 1946 su filosofía y métodos organizativas en un libro ya clásico denominado *Reveill for Radicals* (se podría traducir como *Toque de diana para radicales*). En 1971, un año antes de su muerte, escribió otro libro, donde, mediante 11 reglas o recetas, sintetizaba sus enseñanzas. Éstas eran el fruto de las batallas de lucha comunitaria más exitosas llevadas a cabo, no solo en su experiencia anterior de los años 40 y 50, sino por la activa generación rebelde americana de los años sesenta (de las luchas por los derechos civiles y las protestas contra la Guerra de Vietnam). Emulando el estilo del breviario de "El Príncipe", pretendía ser el Machiavello de los desposeídos.



Izquierda: Portada de "Reveill for Radicals" (1946); Derecha: Portada de "Rules for Radicals" (1971)

Según Alinsky, un activista debe empezar por superar las sospechas ante el recién llegado (especialmente si viene de fuera) y ganarse la credibilidad. Después, debe empezar con las tareas de agitación: restregar los resentimientos, airear las hostilidades y buscar las controversias. Un organizador debe atacar la apatía y estropear los patrones previos de vida comunitaria complaciente, donde a la gente le resulta fácil el aceptar una situación mala. (Recordad: *El primer paso en la organización comunitaria es la desorganización comunitaria*).

A través de un proceso que combina esperanza y resentimiento, el organizador comunitario trata de crear un "ejército de masas" que trata de fichar el máximo número de reclutas de organizaciones locales, iglesias, servicios comunitarios (incluidos, los de

⁷⁶ Basado en una traducción del texto de The Citizen's Handbook (en: <http://www.vcn.bc.ca/citizens-handbook/rules.html>)

salud), sindicatos, bandas de barrio e individuos. Alinsky proporciona en el libro una serie de 11 reglas, que deben ser adaptadas a la vida real y a las situaciones concretas:

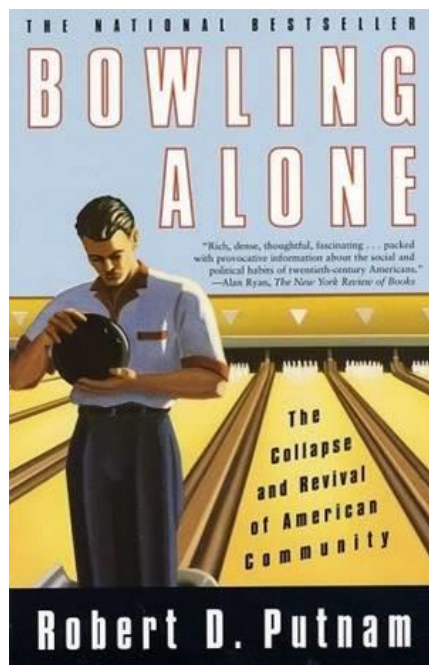
- Regla 1: El Poder no es solo lo que tienes, sino lo que tus oponentes creen que tienes. Si tu organización es pequeña, oculta tus números en la oscuridad y arma barullo, para que todo el mundo crea que tienes más seguidores de los que tienes.
- Regla 2: Nunca vayas más allá de la experiencia de tu gente. El resultado es confusión, temor y repliegue.
- Regla 3: Siempre que sea posible, ve más allá de la experiencia de tu oponente. Así le causarás confusión, temor y repliegue.
- Regla 4: Provoca el que tus oponentes no vivan a la altura de su propio libro de reglas. “Puedes destruirlos con esto, ya que no podrán seguir obedeciendo sus propias reglas, así como la iglesia cristiana no vive a la altura del cristianismo”.
- Regla 5: El ridículo es la más potente arma del hombre. Es difícil contraatacar el ridículo, y enfurece a la oposición, que después tiene una reacción que te favorece.
- Regla 6: Una buena táctica es aquella que divierte a tu propia gente. “Si tu gente no se lo está pasando muy bien, hay algo que falla en tu táctica”.
- Regla 7: Una táctica que se alarga demasiado, se convierte en una lata. El compromiso se transforma en algo ritual, cuando la gente se interesa en otros asuntos.
- Regla 8: Mantén la presión. Usa diferentes tácticas y acciones y usa los sucesos del periodo en tu provecho. “La premisa mayor de las tácticas es el desarrollo de operaciones que mantendrán una presión constante sobre la oposición, que le llevará a reaccionar a favor tuyo”.
- Regla 9: La amenaza es más terrorífica que el hecho en sí. Cuando Alinsky deja caer que un gran número de pobres iban a encerrarse en los aseos del aeropuerto O’Hare, las autoridades municipales de Chicago rápidamente aceptan un compromiso a largo plazo para organizar los *guettos*. Imaginaban a cientos de pasajeros saliendo de los aviones y encontrándose los aseos ocupados. Después imaginaban el bochorno internacional y el daño a la reputación de la ciudad.
- Regla 10: El precio de un ataque exitoso es disponer de una alternativa constructiva. “Evita ser atrapado por un oponente o un entrevistador que dice: *Eso está bien, pero ¿y tú que harías?*”
- Regla 11: Escoge el objetivo, congélalo, personalízalo, polarízalo. No intentes atacar empresas o administraciones abstractas. Identifica un responsable individual. Ignora los intentos de desplazar o dispersar la responsabilidad

Según Alinsky, la principal tarea del activista u organizador es acosar a un oponente hasta que reaccione “El enemigo adecuadamente aguijoneado y guiado en su reacción será tu mayor fortaleza”.

Capítulo 16: El capital social⁷⁷

Dentro de nuestra serie de [Desarrollo comunitario](#), le vamos dedicar varios artículos a estudiar el concepto de capital social, término muy utilizado no solo en sociología y desarrollo comunitario, sino también en estudios de epidemiología social (en este caso, como una variable explicativa, y teóricamente independiente, de las desigualdades en salud entre comunidades).

Aunque en la epidemiología social española ha tenido un cierto rechazo, por la influencia de autores como Vicente Navarro, creo que merece la pena conocer los estudios y recopilaciones de Robert Putnam sobre los cambios del sentimiento comunitario en la sociedad estadounidense, en la segunda mitad del siglo XX. Estos dieron lugar al desarrollo teórico del concepto de capital social y a su popularización, a partir del éxito de su ya clásico libro: “Bowling alone” (“Solo en la bolera”); que además inspiró, en parte, el también famoso film de Michael Moore “Bowling for Columbine”.



Portada del libro: Robert Putnam. “Bowling alone. The collapse and revival of American Community”. Simon and Schuster Paperback, New York, 2000

Porqué me interesa el capital social

El término capital social, además de parecer ya desfasado, nunca me resultó simpático. Primero porque autores a los que daba tanto crédito como Vicente Navarro lo criticaban ferozmente y nos advertían de su uso como soporte intelectual del neoliberalismo

⁷⁷ Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 9 de octubre de 2011

imperante ⁷⁸. Y segundo, porque efectivamente fue utilizado en la década de los 90 y la primera década del nuevo siglo, por algunos epidemiólogos que parecían reivindicar y querer demostrar un factor independiente de las desigualdades socio-económicas y de clase social (aunque relacionado con las mismas), para explicar diferencias en situaciones de salud. La idea de que pertenecer a asociaciones deportivas o asistir a cultos religiosos fuera un factor de protección frente a los problemas de salud, independientemente de tu situación socio-económica, me resultaba ridícula, además de reaccionaria.

Por ello, desde esta economía de esfuerzo en que uno tiene que seleccionar entre las múltiples lecturas disponibles y los cientos de autores existentes, pero también, porqué no admitirlo, desde un cierto sectarismo ideológico, nunca me interesó leer a Putnam. Sin embargo, por motivos familiares, mi reciente y creciente interés por conocer mejor a la sociedad estadounidense me llevó a comprar este año en una librería de Missouri el famoso libro de Putnam “Bowling alone” ⁷⁹ y hacer el esfuerzo de leer en inglés sus más de 500 páginas de cabo a rabo. El considerable esfuerzo ha merecido la pena y me gustaría compartir con vosotros parte de las cosas aprendidas y de las nuevas curiosidades intelectuales que me ha despertado.

Como veremos, si me acompañáis en este viaje, los estudios que se recopilan en el libro (y el concepto de capital social) nos aportan, entre otros muchos, tres elementos, que me interesan especialmente:

1. Estudiar las características de **solidaridad** que desarrollan algunas comunidades socialmente desfavorecidas, que les permiten enfrentarse mejor a la adversidad socio-económica, en relación a otras de similares condiciones, pero instaladas en la anomia social, el desencanto y el “salvase quien pueda”. Es decir, el camino desde la privación social a la mala salud no es lineal y tiene una interesante complejidad. O utilizando conceptos ilustrados: la solidaridad mitiga la falta de igualdad y de libertad. Una vez identificados estos factores mitigadores, podemos ver, desde la intervención comunitaria o la pedagogía social, como se pueden apoyar e incrementar. En los tiempos que nos esperan, es importante conocerlo y operativizarlo.

2. Considerar los valores y experiencias de **la generación de pertenencia** como un factor explicativo del grado de implicación política y comunitaria, incluso de ciertas posturas frente a la desigualdad. Al igual que hacen algunos autores, recientemente celebres a raíz del movimiento 15-M y la indignación social ante la crisis, como Tony Judt (“Algo va mal” y “Postguerra”) o Stéphan Hessel (“¡Indignaos!”), Robert Putnam

78 Vicente Navarro. A critique of social capital [Int J Health Serv.](http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2002/12/a-critique-of-social-capital.pdf) 2002;32(3):423-32. Accesible en: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2002/12/a-critique-of-social-capital.pdf>

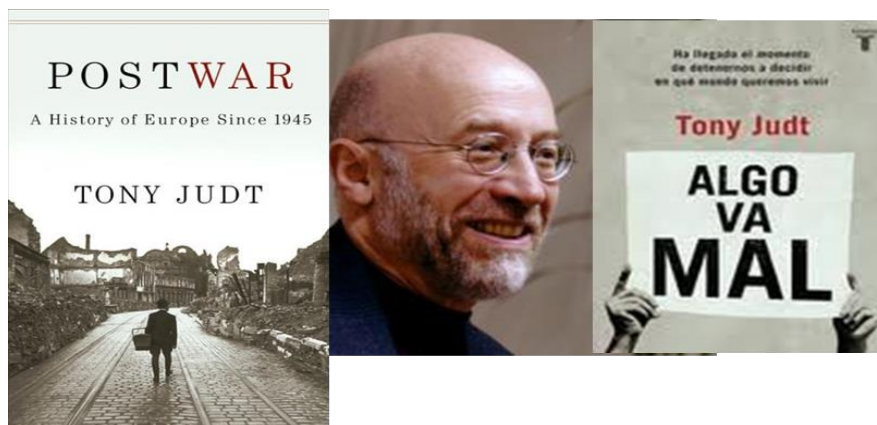
Vicente Navarro. Commentary: Is *capital* the solution or the problem? *International Journal of Epidemiology* 2004;33:672–674. Accesible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/33/4/672.full.pdf+html>

79 Robert Putnam. “Bowling alone. The collapse and revival of American Community”. Simon and Schuster Paperback, New York, 2000. Hay una traducción española: Putnam, Robert. Solo en la bolera: colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana. [Galaxia Gutenberg Círculo de Lectores, S.A.](http://www.galaxia.com) 2002.

sostiene que hay diferencias importantes entre el compromiso comunitario, social y político (en el caso de Europa, compromiso con el estado de bienestar social) de la generación que vivió el periodo de entreguerras y la segunda guerra mundial, de las posteriores: los “baby-boomers”, la “generación X” y la actual generación joven.

En el caso de España, las generaciones con mayor vocación social y comunitaria serían las nacidas en las décadas de los 40 y los 50, que vivieron el auge de los movimientos sociales de resistencia frente a la dictadura, en los últimos años del franquismo, y la posterior transición democrática, con la construcción del incipiente y deficiente estado de bienestar social español.

Sin embargo, las que llegaron a la madurez en la última década del siglo XX y primera del XXI, estarían menos interesados en la participación en actividades comunitarias, sociales y políticas; serían menos conscientes del valor del universalismo y la solidaridad interclasista (que está en la base del estado de bienestar social que se encontraron hecho); y, por lo tanto, estarían más atraídos por planteamientos neoliberales individualistas, de libre elección de servicios públicos y de fragmentación de los sistemas de provisión de servicios (tipo cheque escolar, fomento del uso de la sanidad o la educación privadas, reducción de impuestos, estado mínimo, “cultura del esfuerzo y de la excelencia”, etc.)



Retrato de Tony Judt y portada de sus libros: “Algo va mal” y “Postguerra”



Retrato de Stéphan Hessel y portada de su libro “¡Indignaos!”.

3. Permite conocer mejor la compleja evolución de los valores y los estilos de vida de la **sociedad estadounidense**, que tanto nos influye a España y al resto del mundo, y que da lugar a fenómenos tan peculiares, como el fundamentalismo religioso y el comunitarismo reaccionario del Tea Party.

Qué es el capital social

Según Putnam ⁸⁰, el término se refiere a las conexiones entre los individuos, a las redes sociales y las normas de reciprocidad y confianza que surgen de ellas.

El término “capital” quiere denotar que las redes sociales suponen un valor en sí mismo. Al igual que un destornillador (capital físico) o la educación universitaria (capital humano) puede incrementar la productividad (individual y colectivamente), los contactos sociales afectan a la productividad de individuos y grupos.

El capital social tiene un aspecto individual y uno colectivo. Por el primero nos beneficiamos individualmente a través de las conexiones sociales que establecemos. Por ejemplo, todos sabemos el valor que tiene el establecimiento de redes (“networking”) para conseguir un trabajo (para uno mismo o para un hijo o familiar). A veces es tan o más importante el “a quién conocemos” (capital social) que el “qué conocemos/qué sabemos” (capital humano). No solo es la fuente del clásico “enchufe” o “el tráfico de influencias”, sino al mero acceso a la información de la existencia de la oferta de trabajo, y determina la mayor facilidad de conseguirlo, si el que contrata tiene una garantía de confianza de un candidato frente a otro desconocido. Es decir, las redes sociales son importantes en nuestras vidas para encontrar trabajo, a alguien que nos eche una mano, una compañía o un hombro donde llorar.

Pero el capital social también tiene “externalidades” que afecta a la comunidad del individuo. No todos los beneficios y costes de las conexiones sociales recaen sobre el individuo que hace los contactos. Es un bien privado, pero también es un bien público. Como individuo puedo estar pobremente conectado, pero puedo beneficiarme de vivir en una sociedad bien conectada.

Las conexiones sociales se sostienen en normas de conducta, entre las cuales la reciprocidad es la más importante. Puede ser una *reciprocidad específica* (“Hago esto por ti, para que luego lo hagas por mí”), pero la que tiene mas valor es la *reciprocidad generalizada* (“Hago esto por ti, sin esperar que me devuelvas nada, pero con la confianza que un tercero cualquiera lo hará alguna vez por mí si lo necesito”). La reciprocidad implícita en los servicios que se intercambian en los bancos de tiempo (ver Capítulo 10: El banco del tiempo), de forma colectiva (no necesariamente de forma mutua, en forma de trueques), es un buen ejemplo.

Como vemos, el concepto es primo hermano (incluso, una reformulación) de otros como *solidaridad, fraternidad, cohesión social, virtudes cívicas*, etc., aunque se diferencia en

⁸⁰ El material de este apartado está basado en una traducción personal de párrafos del libro: Robert Putnam. “Bowling alone. The collapse and revival of American Community”. Simon and Schuster Paperback, 2000. pp. 18-22

ciertos matices. Por otra parte, veremos en los siguientes post que el capital social tiene connotaciones y dimensiones positivas (ayuda mutua, cooperación, confianza, efectividad institucional), junto con otras negativas (sectarismo, etnocentrismo, corrupción).

Capítulo 17: Capital social vínculo (“Bonding”) y Capital social puente (“Bridging”)⁸¹

Una de las aportaciones más valiosas del concepto de capital social es la diferenciación entre el capital social vínculo o cohesivo (*Bonding social capital*) y el capital social puente o conectivo (*Bridging social capital*). Permite reflexionar sobre una importante diferencia: la fraternidad entre iguales o la fraternidad entre diferentes. La forma como se combinan ambos tipos de capital social determinará la segmentación de nuestras ciudades, la actitud ante la inmigración, ante los impuestos o hacia la educación y la sanidad públicas. Es decir, el modelo de sociedad, más o menos igualitaria, que construimos.



Dos ejemplos de diferente tipo de capital social: A la izquierda: Ejemplo de actividades generadoras de capital social vincular o cohesivo: foto de fiesta de debut de señoritas que usa ABC para anunciar el baile del club internacional de tenis (Majadahonda-Madrid). Fuente: <http://www.abc.com.py/nota/23142-fiestas-de-debut-en-clubes/>. A la derecha: ejemplo de capital social puente o conectivo: interculturalidad en las Fiestas de Lavapiés (Madrid). Foto de Ben (Notes from Spain), 14 de agosto de 2006. Fuente: <http://latabacalera.net/proyecto/convocatoria-del-grupo-tabacalera-somos-tods-la-participacion-vecinal-en-los-procesos-colectivos/>

El capital social vínculo

Putnam ⁸² distingue entre dos tipos de capital social: el inclusivo (*bridging*) y el exclusivo (*bonding*) ⁸³. El capital social vínculo es por el que se refuerzan los lazos entre grupos homogéneos a partir de identidades excluyentes (determinadas por características de etnias, clase o situación social, ocupación, hermandad, juramento de lealtad, creencia

81 Publicado en el blog “Salud Pública y algo más” el 23 de octubre de 2011

82 Robert Putnam. “Bowling alone. The collapse and revival of American Community”. Simon and Schuster Paperback, New York, 2000

83 Según Putnam, los autores de estos términos podrían ser Ross Gittel y Avis Vidal en “Community Organisation: Building Social Capital as a Development Strategy”. Sage 1998

religiosa, etc.). Los lazos y los mecanismos de solidaridad son fuertes para los que comparten las características, pero, a la vez, muy excluyentes para los ajenos a la misma.

Ejemplos de capital social vínculo serían el que generan las organizaciones de fraternidad étnica o nacional, como las de inmigrantes (las de chinos, en España u otras partes del mundo; o los de gallegos o asturianos en Latinoamérica), que facilitan la inmigración, acogen a estos a su llegada, les buscan un trabajo y favorecen que se relacionan y se casen exclusivamente entre ellos. También los grupos de lectura o costura de mujeres con base religiosa, los clubs parroquiales (sean cristianos, judíos, evangelistas, musulmanes, etc.) o los exclusivos clubs sociales o “de campo”, limitados a los socios de privilegiada extracción social.



Fotografía del Hospital del Centro Gallego de Buenos Aires de 1950 en el día que falleció Castelao. Fuente: http://www.galiciaunica.es/actualidad/?page_id=597

La mafia es una organización con un gran capital social (de este tipo): facilita la ayuda mutua a “los nuestros” (*la Cosa Nostra*), a la vez que la exclusión de “los otros” (incluso su eliminación física) y de los que se salen de las normas y patrones de pertenencia. Todos estos ejemplos, aparentemente tan diferentes, son redes de apoyo social y psicológico para los miembros menos afortunados de su comunidad, proporcionándoles, por ejemplo, apoyo financiero para empezar un negocio, clientes, y trabajadores leales para los comerciantes locales.

¿Significa esto que las organizaciones mafiosas o los clubs sociales elitistas sean elementos positivos para la cohesión social de una comunidad o barrio? Como suponéis, depende de la homogeneidad del barrio o comunidad y del ámbito comunitario a que nos referimos. La respuesta es positiva si los miembros de la comunidad pertenecen a la misma elite social o están vinculados a la misma organización mafiosa. Es negativa si nos referimos a un ámbito comunitario más amplio, donde están encuadradas estas organizaciones o clubs. En ese ámbito serán factores de segmentación social y barreras para la cohesión social.

Las ventajas de tender puentes entre desiguales

Al contrario, el capital social puente o conectivo refuerza los lazos sociales por encima de las barreras étnicas, culturales, sociales o religiosas. Ejemplos son los movimientos de derechos civiles, movimientos juveniles inclusivos, organizaciones religiosas ecuménicas, organizaciones ecologistas, asociaciones de madres y padres de alumnos (en colegios no segregados), clubs deportivos interraciales e interclasistas, huertos urbanos con orientación inclusiva (ver: Capítulo 6: [Salop Drive Market Garden, un ejemplo de Agricultura Urbana](#)), etc.

Al igual que el capital social vínculo es muy eficaz para fortalecer la solidaridad y reciprocidad entre sus miembros, el capital social puente es muy eficaz para facilitar el acceso a recursos o activos externos, ajenos a nuestro círculo o cultura. Por ejemplo, cuando se busca trabajo, los familiares o conocidos (los llamados “vínculos fuertes”) te proporcionan un conocimiento de los mismos contactos y oportunidades que ya conoces por ti mismo. Sin embargo, los conocidos mas distantes (“vínculos débiles”), es decir, de aquellos que además posiblemente no pertenecen a tu etnia, religión o clase social, probablemente te facilitarán el acceso a oportunidades laborales no esperadas. Estar "bien conectado" facilita encontrar trabajos o clientes. El capital social vínculo es bueno para arreglárselas (“*getting by*”) y el capital social puente es crucial para tener éxito (“*getting ahead*”).

El grado de homogeneidad vs. heterogeneidad de la comunidad es un factor importante en relación al tipo de capital social necesario para la cohesión social. El capital social vinculo funciona muy bien y favorece la cohesión social en comunidades homogéneas (ejemplo, comunidades rurales o barrios urbanos étnica o socialmente homogéneos), pero no ocurre lo mismo en comunidades heterogéneas donde tiene que combinarse con el capital puente. La diferencia dificulta la cohesión basada en la identidad. Comunidades aparentemente muy solidarias tienen actitudes y comportamientos egoístas cuando aparecen los diferentes (ejemplo inmigrantes, gitanos, etc.).



Entrada a una urbanización cerrada en Mendoza, Argentina. Fuente: <http://elsomnidelcartograf.blogspot.com/2008/11/las-urbanizaciones-cerradas.html>

La solidaridad limitada a los iguales va aparejada a dinámicas de exclusión en zonas urbanas o barrios con un importante porcentaje de inmigrantes y una composición social heterogénea (situación típica de los barrios céntricos de las grandes ciudades). Esta situación social, sin un potente capital vínculo que fortalezca "el mestizaje", favorece el que los diferentes se sientan incómodos y se muden de barrio, agrupándose con otros iguales, o que intenten expulsar a los diferentes. Es la fuente del urbanismo monocolor y segregado: urbanizaciones cerradas de clase media o alta, con guardias de seguridad, guettos étnicamente homogéneos, etc.).

Por ello, en estas comunidades heterogéneas y en estos barrios urbanos céntricos, las actividades sociales, culturales, educativas, políticas, deportivas y de ocio, que favorezcan el encuentro y la relación de personas de diferente origen, ayuden a diluir nuestros miedos, inseguridades y paranoias frente al otro, y son el mejor camino para fortalecer la comunidad y hacerla prosperar.

El capital social puente construye identidades y reciprocidades más anchas, ricas y complejas, frente al capital social vínculo que lo que hace es fortalecer nuestro yo más "paleta", simple, limitado y pobre. El primero permite ponerse en el lugar del "otro", el segundo refuerza el vínculo con el aparentemente similar, a partir del rechazo del "otro". Es la fuente de la xenofobia y el clasismo. También del nepotismo, la información privilegiada y la corrupción.

Por el contrario, el capital social puente permite que circulen las ideas, la información y las oportunidades. Saca el máximo provecho al talento de todas las personas de la comunidad y a que revierta en el beneficio de todos. Permite sinergias entre culturas y grupos sociales y favorece sociedades abiertas, creativas, innovadoras, cosmopolitas y flexibles. Favorece la permeabilidad y el ascenso social y construye sociedades más igualitarias.



Ejemplo de capital social puente o conectivo: Vecinos de Lavapiés, de diferente origen cultural y social, enfrentándose a la policía por el sesgo étnico en los controles e identificaciones a vecinos del barrio. Fuente: SAMUEL SÁNCHEZ. EL PAÍS. 13 julio 2011.

Un ejemplo claro de solidaridad entre diferentes: la educación pública

La educación pública integrada y universal favorece el capital social puente, permitiendo el encuentro y los lazos entre alumnos de diferente extracción social y pertenencia cultural o étnica. Al contrario, los sistemas educativos que favorecen la categorización de los centros educativos según la clase social (colegios públicos para pobres, colegios concertados para clase media y colegios privados para clases altas), o según la cultura o religión de pertenencia (colegios católicos, evangelistas, judíos o musulmanes), tienen un bajo nivel de capital social vínculo.

En este sentido, los programas de libre elección de colegio o “cheques escolares” favorecen esta segmentación social, exacerbando las desigualdades existentes y eliminando las “externalidades” positivas de la educación pública (la ganancia de capital social puente). Lo mismo podemos decir en cuanto al sistema sanitario o las organizaciones juveniles o deportivas. Su mayor o menor inclusividad determinará el tipo de capital social desarrollado.



La camiseta verde, el símbolo del actual conflicto madrileño en defensa de la escuela pública

Mis impuestos para los míos

Como veremos, en los estudios de Putnam el grado de capital social de un estado está fuertemente asociado con el nivel de cumplimiento fiscal. Los estados que tienen un mayor índice de capital social son aquellos que tienen una menor evasión fiscal. Sin embargo, hay un factor que lo modifica: el grado de homogeneidad, por ejemplo, el % de inmigrantes.

Las comunidades con un bajo porcentaje de inmigrantes tendrían más fácil la cohesión y la solidaridad interclasista: es decir, establecer lazos de solidaridad tipo capital social vínculo. Sin embargo, la inmigración determina barrios culturalmente heterogéneos y la

resistencia de los autóctonos⁸⁴ a pagar impuestos que según ellos contribuyen más a una solidaridad entre diferentes (CS puente) que entre iguales (CS vínculo). Los retornos de los impuestos irían a “los otros”, en forma de becas de comedor, o asistencia sociosanitaria a los inmigrantes. No se suele considerar las aportaciones de los otros al sistema fiscal. En la base esta la idea de que el contrato social, que determinó el estado de bienestar social y sus servicios, se habría firmado entre “nosotros” (los ricos y pobres de los nuestros). Los que vienen de fuera (“ellos”) no estarían incluidos en este contrato y, por lo tanto, no tendrían derecho a beneficiarse del paraguas social.

Esta idea solo se desmonta cuando se percibe que la homogeneidad, “el nosotros”, está no solo determinado por la lengua, el color de la piel o la religión, sino por la clase social. Los aparentemente diferentes son iguales en un sentido. Personas de diferente color o religión comparten estatus social, generalmente clase social baja. Y se debe recordar que el contrato social “se firmó” entre los privilegiados y los desafortunados del sistema, para asegurar una protección social para todos y una progresivamente mayor igualdad de oportunidades, que contrarreste la tendencia natural de las sociedades capitalistas a la desigualdad y, por lo tanto, a la dominación del privilegiado sobre el desposeído.

Dos categorías no excluyentes, pero a veces antagónicas.

Algunos grupos sociales se vinculan internamente alrededor de algunas dimensiones sociales y son capaces de crear puentes hacia el exterior para otras. Por ejemplo, la iglesia negra (la de los afroamericanos) reúne gente de la misma etnia y religión, perteneciente a diferentes clases sociales. En este sentido, también se puede considerar las casas regionales gallegas o asturianas en Latinoamérica como organizaciones que combinaban capital social vínculo (el vínculo de ser gallegos o asturianos) con capital social puente (al apoyar a compatriotas de diferente extracción social). Otros ejemplos son las redes sociales o grupos de chats de Internet crean puentes por encima de la geografía, género, edad y religión, siendo sin embargo, muy homogéneas en cuanto al nivel educativo o la ideología. Es decir, capital vínculo o capital puente no son categorías excluyentes, mediante las que puedan dividirse claramente las redes sociales, sino que son dimensiones útiles para comparar diferentes formas de capital social.

Sin embargo, a veces actúan como dimensiones antagónicas. Un ejemplo que pone Putnam es la llamada controversia del autobús (*Busing controversy*), sobre la política de integración escolar de blancos y negros, basada en el desplazamiento en autobús de los alumnos desde sus comunidades o barrios, étnicamente homogéneos, para ser escolarizados en centros racialmente integrados. Los defensores argumentaban que esta medida favorecía el capital social puente (familiaridad, tolerancia, solidaridad, confianza, hábitos de cooperación y respecto mutuo por encima de barreras étnicas). Los detractores del “busing” argumentaban que la medida era un ataque contra el capital social vínculo, al eliminar las escuelas de vecindad, donde se construye la amistad, los

84 “Autóctonos”, es decir, los hijos, nietos o bisnietos de inmigrantes (especialmente, en EE.UU., pero también en ciudades españolas como Madrid)-

hábitos de cooperación y solidaridad en el vecindario. Es decir algunas ganancias de capital vínculo implican un detrimento del capital puente, pero también viceversa.



Convivencia interétnica en una escuela de Minnesota.: Fuente: Courtney Perry for Education Week
http://www.edweek.org/ew/articles/2011/10/05/06eden_ep.h31.html

Capítulo 18: ¿Duplicidades? ¡Es el territorio, estúpido!⁸⁵

¿Supone la reforma de la Ley de Régimen Local ⁸⁶ una eliminación de duplicidades u otro paso en la desterritorialización de los servicios públicos (incluidos, los de salud)? La retirada de competencias (de Salud Pública) a los ayuntamientos coincide con un momento de DESTERRITORIALIZACIÓN de los servicios de salud dependientes de las Comunidades Autónomas y es un paso más del mismo proceso de abandono comunitario.

En el caso de la Comunidad de Madrid, el Área Única ha barrido la zonificación sanitaria y, junto con otras medidas que encierran a los profesionales en las saturadas consultas y dificultan conjugar la clínica con actividades comunitarias, ha limitado seriamente la posibilidad de que los Centros de Atención Primaria o los Centros de Salud Mental organicen su atención más allá de la demanda, y en función de las características comunitarias de su zona de cobertura (zona básica de salud o distrito sanitario). Por otra parte, los servicios regionales de salud pública están sufriendo, además de una segmentación y *jibarización*, una progresiva recentralización, poniéndose en cuestión el sentido de los 9 Servicios de Salud Pública de Área y sus correspondientes centros de distrito. El hospital cada vez tiene menos razones para poner su mirada en su área territorial de referencia, mas allá de controlar los flujos de pacientes desde los centros sanitarios (públicos y privados) del área y utilizarla como argumento para limitar la libre

85 Publicado en el blog "Salud Pública y algo más" el 30 de octubre de 2013

86 ANTEPROYECTO DE LEY DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL. Ha sido aprobado en el Congreso y ha pasado al Senado. Texto accesible en: <http://www.montsecarpio.es/images/stories/pdf/LB21.ALRSAL%2031%20jul%20aprobado%20CMin.pdf> La ley defiende el principio de "una administración, una competencia". Según el mismo, ciertos servicios de similar contenido (salud, servicios sociales, guarderías, bibliotecas, etc.) o los proveen los ayuntamientos o las CC.AA, pero no ambos (curiosamente, no se piensa lo mismo de los servicios de seguridad-policía-, medioambiente, protección civil o de urbanismo, que se siguen prestando desde ambas administraciones, pero con funciones de complementariedad). Con el fin de ser mas eficientes, especialmente en una época de crisis económica, se argumenta que se deben evitar duplicidades de servicios. Muchos de los actuales servicios municipales estarían duplicados. Y duplicidad es sinónimo de inútil despilfarro. El nuevo artículo 25 reduce las competencias municipales de salud a la "*Protección de la salubridad pública*", eliminando, entre otras, las competencias en promoción de la salud, reconocidas en el anterior marco normativo. También reduce las competencias de servicios sociales municipales a la "*Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social*" situando la Atención Social Primaria (los servicios sociales de los distritos y barrios) como una competencia exclusivamente regional. Los servicios municipales de salud pública, de atención a la drogadicción y de servicios sociales actualmente existentes, pasarían a la administración regional en un periodo entre uno y cinco años, siempre y cuando los financiara aquella. Es decir, están en franco peligro de aminoración o dispersión (hay riesgo que los profesionales municipales de la salud pública y promoción de la salud se empleen en reforzar las agobiadas trincheras clínicas del Servicio Regional de Salud); por no decir en claro proceso de extinción, a medida que se jubilen los actuales funcionarios (ver en este blog: [Funcionarios cincuentones](#)), que no son repuestos (antes por razones de ahorro; ahora, además, por razones de competencias). Si quieres saber más, en este blog hay bastante información sobre el tema: <http://noalareformalocal.blogspot.com.es/2013/10/diez-puntos-criticos-de-la-reforma-local.html>

elección de centros de algunos usuarios de otras áreas, con el fin de cuadrar los mermados presupuestos asignados a cada Gerencia.

El Estado (local y autonómico) se retira del "territorio". Tiene cada vez menos presencia y actividades en los barrios. No solo en acciones de salud pública, sino también en servicios sociales y educativos ¿Por qué? Solo se me ocurren dos razones:

- 1) Para dejarlo libre al Mercado (abrir oportunidades de negocios a las empresas privadas de servicios, incluyendo a la sanidad privada y los servicios sociales privados).
- 2) Porque no valora el trabajo de promoción de la salud y de salud comunitaria (en el territorio, en los barrios). E incluso, porque puede considerar amenazantes ciertos enfoques de promoción de la salud, menos instructivos y mas emancipadores, para sus fines de control social y dominación. De nuevo: Emancipación frente a Control de "los menesterosos" (como se llamaban a las clases urbanas "peligrosas", en e siglo XIX). Aunque con ello, renuncie a unos servicios que también *tamponan* el conflicto social, al aliviar y esconder las situaciones de injusticia social más escandalosas. ¿O tal vez, el estado pretende que esta función amortiguadora se siga realizando desde los servicios privados? Pretensión incompatible con el hecho de que, para ser rentables, los servicios privados deben ofrecer una gama de servicios jerarquizada según el nivel adquisitivo. Necesitándose por ello siempre un reducto empobrecido de servicios públicos (o privados subvencionados: ONG's) para atender a la población de Beneficencia (que no puede pagar los privados y por lo tanto no es rentable).

Ventajas de la perspectiva territorial

Es el momento pues de recordar qué ventajas tiene el que los servicios públicos trabajen con una perspectiva territorial y a las que, por lo tanto, se va a renunciar con esta DESLOCALIZACIÓN:

- 1) Mejor conocimiento de las necesidades y fortalezas (de la población) y de sus determinantes sociales. Si la enfermedad y sus riesgos esta determinada por factores sociales y ambientales, especificos de cada territorio, este es la mejor unidad de análisis e intervención. Si esa determinación y especificidad fuera débil o inexistente, no tendrían sentido los servicios descentralizados. Este argumento tambien es el que se aplicó para defender el sentido de la existencia de las CC.AA. frente a un estado fuertemente centralizado.
- 2) Mejor coordinación entre dispositivos públicos de diferentes sectores (de salud, sociales, educativos, seguridad, etc.) e instituciones con similar territorio de referencia.
- 3) Mejor coordinación con el llamado Tercer Sector (ONG's, empresas sociales, voluntarios) dedicados al desarrollo comunitario.
- 4) Facilita las alianzas con la sociedad civil y las asociaciones del barrio (AAVV, asoc. de inmigrantes, clubs deportivos, etc.) y, por lo tanto, favorece la participación comunitaria, el interés por lo común, fomenta la solidaridad entre vecinos, el fortalecimiento de los activos de la comunidad y el empoderamiento para la toma de decisiones autónomas respecto a la salud y sus determinantes.

5) Permite encontrar soluciones locales a problemas locales, aunque estos tengan su raíz en dinámicas a nivel regional, nacional o, incluso, global (recuerdese la interesante estrategia de la *Glocalización*, basada en el lema "*Piensa globalmente, actúa localmente*")

Deslocalización de servicios públicos

En resumen, en sentido inverso, la deslocalización de los servicios públicos favorecerá (está favoreciendo) el peor conocimiento sobre las necesidades de salud; el análisis exclusivamente basado en la demanda (de servicios clínicos o de prestaciones socio-sanitarias), en los estudios de mercado y con criterios de beneficio económico; sin considerar los determinantes sociales y territoriales específicos; las decisiones estandarizadas y burocráticas, opacas al control democrático ciudadano, ajenas a la realidad local y sin aprovechar sus potencialidades; la descoordinación entre dispositivos con población diana semejante, compitiendo entre sí "por la cuota de mercado"; y, por lo tanto, el trabajo duplicado e ineficiente.



Ejemplo de Promoción de la salud en el barrio, realizada por el equipo del Centro Madrid Salud (CMS) de Puente de Vallecas (centro de promoción de salud del Ayuntamiento de Madrid). En el marco de las VII Jornadas Interculturales de Vallecas, con la colaboración del Centro de Ayuda al Refugiado y Secretariado Gitano, se realizaron talleres de juegos y hábitos saludables en la zona de Puerto Balbarán, habitual punto de encuentro de personas de diferentes culturas. Noviembre 2011.
Fuente: http://www.madridsalud.es/noticias/noticia311_2011.php

Algunos alegarán que la (re)centralización ahorrará recursos públicos que se puedan destinar a otros fines o contribuirán a disminuir el déficit público. Y es verdad que también se puede coordinar e intentar alianzas desde servicios (re)centralizados. Pero todo ello, no nos engañemos, a costa de una menor eficiencia. Y me refiero a la eficiencia desde el punto de vista de la salud pública; es decir, si entendemos que el objetivo principal de los servicios de salud es la disminución de los problemas de salud, en vez de la atención clínica segmentada a la enfermedad o el control de los brotes epidémicos. Recordemos que esa fue la razón que llevó a instituciones tan prestigiosas,

como la Organización Mundial de la Salud, a recomendar que los profesionales de la salud trabajemos en el territorio y para el territorio, a partir de dos estrategias históricas:

- La perspectiva comunitaria de los servicios de salud (Atención Primaria de Salud, Salud Comunitaria, Descentralización de los servicios de salud pública, etc.)
- El valor del ámbito municipal para la Promoción de la Salud (servicios municipales de promoción de la salud, el trabajo intersectorial en los ayuntamientos, la alianza socio-sanitaria-educativa local para el desarrollo comunitario, la planificación urbana con criterios de salud, proyectos como Ciudades Saludables, la creciente apuesta por la Salud Urbana, etc.).

Ahora se laminan/eliminan ambas estrategias...y algunos estúpidos no se dan cuenta⁸⁷

87 El título de este artículo parafrasea la expresión “¡Es la economía, estúpido! que se utilizó en la campaña de Clinton contra Bush de 1992 para llamar la atención de cuestiones esenciales de la vida cotidiana de los americanos (en ese caso, la economía) que quedaban ocultas por la propaganda electoral del contrario. Ver http://es.wikipedia.org/wiki/Es_la_econom%C3%ADa,_est%C3%BApido

Capítulo 19: La Rebeldía como Medicina⁸⁸

Sabemos que la crisis esta llevando a miles de españoles al sufrimiento, la desesperación, la depresión y la perdida de salud. Lo que estamos descubriendo es que la rebeldía es una medicina eficaz para prevenir y aliviar estos problemas. Están saliendo a la luz estudios y experiencias en que personas afectadas por el paro, el desahucio o el brusco empobrecimiento, salen de su aislamiento, culpabilización y vergüenza, socializan su sufrimiento, se organizan y ayudan mutuamente, y se convierten en colectivos activos y rebeldes frente a su "suerte". El efecto es un alivio de este sufrimiento (más potente y eficaz que el que proporcionan los psicofármacos) y una disminución del riesgo de enfermar. Un ejemplo es el estudio antropológico que os mostramos hoy titulado "*Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina*", de la Dra. Elena Ruiz Peralta.



Acción contra una ejecución hipotecaria. CC BY-NC-SA Stop Desahucios

La socialización del sufrimiento

Creo firmemente que la rebeldía, articulada de forma colectiva, frente a las condiciones de vida que son un riesgo para la salud, es la mejor medicina. Aunque no se consigan revertir los aspectos más duros de estas condiciones de vida, la propia lucha es una medicina. Lo he visto antes, pero más claramente desde que arrancó el 15-M y otras dinámicas semejantes. Gente que está parada y que estaba aislada socialmente, es decir, victima propiciatoria de la depresión y la desesperanza, a la que, sin embargo, se la ve animada y esperanzada, compartiendo esta situación con otros.

⁸⁸ Publicado en el blog "Salud Pública y otras dudas" el 22 de febrero de 2014

Juntándose, no solo para ir a cientos de manifestaciones donde volcar la furia y reivindicar otras políticas, sino para sentirse acompañados y acompañar. Acompañar a otro en su desgracia: en el bloqueo de un desahucio, en la negociación con el banco, o apoyando a un inmigrante sin tarjeta sanitaria a superar las barreras de un centro de salud o una urgencia hospitalaria. También para debatir, reflexionar y aprender juntos, alrededor de una asamblea, de una charla o de una película en un cineforum. Para descubrir nuevas oportunidades y salidas (información sobre recursos, trabajos, derechos, estrategias, etc.). Para construir juntos y sentirse útiles y solidarios, al cultivar una huerta común, al gestionar un banco de alimentos, un mercadillo de trueques, un banco del tiempo, un comedor colectivo, etc.

El impacto de la crisis no solo te despierta de tus cómodas rutinas, sino que te saca del circuito de tus habituales relaciones sociales. Y te ves compartiendo desgracias con gente con la que nunca hubieras coincidido. Conocer gente nueva tomando cañas, después de una manifestación o una charla, trabajando juntos en un chiringuito de las fiestas para recolectar fondos. La soledad ya no es una opción. Entran las ganas de quedar, tejer nuevas amistades, compartir la indignación, pero también las confidencias, recuperar las risas, incluso, el canto y el baile. Reivindicar el derecho a ser felices, a pesar de...

No es una hipótesis. Lo he visto. Conozco la gente. Muchos y muchas han renacido,...han tomado consciencia,...han descubierto nuevas posibilidades y se han transformado. Algunos han cambiado sus hábitos de vida, son menos consumistas, aprecian más el tiempo de relación, incluso cuidan más su cuerpo. Los parados tienen más tiempo libre. Algunos se han comprado zapatillas de correr, hacen más ejercicio físico, usan la bici, quedan para andar. En resumen, han descubierto “una medicina”. El compromiso y la lucha ya no son un sacrificio, sino una necesidad, e incluso, tienen importantes partes de gozo. Se convierten en una nueva forma de vida, que además (o por eso) es más protectora de la salud. La mejor protección frente a la enfermedad mental y física, frente al suicidio y la muerte.

Un ejemplo es la experiencia que os conté hace unos meses de los hombres parados de Fuenlabrada (Ver el video [“El silencio Roto”](#) en este blog ⁸⁹), que logran salir en grupo de la depresión, redefiniendo su masculinidad y, finalmente, organizándose para ayudar a otros y poner en acción su indignación. Soluciones que no solo previenen la depresión y el suicidio, sino que, de paso, frenan el creciente consumo de servicios de salud mental y de psicofármacos, asociados a la crisis (ver en este blog: [La crisis nos ataca los nervios](#) ⁹⁰). Otra experiencia es la que nos cuenta Elena Ruiz Peralta en su estudio.

89 <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/08/26/el-silencio-roto/>

90 <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/12/23/la-crisis-nos-ataca-los-nervios/>

Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina ⁹¹

A través de las redes sociales me enteré de la existencia de este estudio. Tirando del hilo llegué a la Web de Stop desahucios 15_M de Córdoba: <http://stopdesahucios.15mcordoba.net/2014/01/13/desahuciar-desalojar-ejecutar-cuando-la-politica-callejera-se-convierte-en-medicina/>

El estudio anunciado parecía muy sugerente y contacté, a través de la Web, con su autora, Elena Ruiz Peralta. Ella es una inquieta y comprometida médica de familia y comunidad de Córdoba, a la que le pedí una copia del estudio. Así me enteré que era una tesina del Master de Antropología Médica. Ella fue muy generosa y sin conocerme, me envió una copia, con no pocas dosis de humildad y un cierto temor a decepcionar. Algo que no ocurrió en absoluto.

Elena aprovechó muy bien el tiempo del estudio de campo, durante el que hizo una observación participante en la plataforma 15M Stop Desahucios de Córdoba, completada con la realización de entrevistas abiertas a miembros de la plataforma que habían sufrido o no el abandono de la vivienda, que eran hipotecados o avalistas, con enfermedades previas o posteriores a la situación de impago. Elena nos ofrece una *etnografía del sufrimiento* de estas personas, basado tanto en el aislamiento del contexto social (como reacción frente al miedo, culpa y vergüenza por la situación de impago), como en la incertidumbre y la desesperación que la nueva situación de vulnerabilidad social ha instalado bruscamente en sus vidas.



Córdoba, 16 de Febrero del 2013. Manifestación descentralizada convocada a nivel estatal por la PAH (Plataforma de Afectados por la Hipoteca) bajo el lema: «Por el derecho a la vivienda. Contra el genocidio financiero. Dación en pago, alquiler social y stop desahucios, ya!» Autor de la foto: Javier Sánchez Monedero.

91 Elena Ruiz Peralta. Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina. Trabajo de Fin de Master. Master de Antropología Médica y Salud Internacional. Tutor: Oriol Romaní Alfonso Curso 2012-2013. Universidad Rovira i Virgili (Tarragona)

A continuación nos muestra la *etnografía de la resistencia*: Cómo se socializa y resignifica el sufrimiento a través de la plataforma (“ya no estás solo”). Los puntos de información y encuentro de la plataforma permiten actuar sobre dos de las claves del sufrimiento de los afectados: el aislamiento y la incertidumbre. Deshacerse de la idea de ser el único. Transitar de un problema individual a uno social. Pasar de la censura de la moralidad del deudor, a la de la moralidad del acreedor y de la propia deuda. La plataforma se convierte en un modo colectivo de atención y cuidado. Se descubren posibilidades de cambio y se abren espacios a la esperanza. Se socializan los cuidados. Se desmedicalizan, tanto el diagnóstico del problema (el sufrimiento), como las soluciones. El trabajo reflexiona sobre el riesgo de las consultas médicas y de los psicofármacos, cuyo consumo puede contribuir a la pasividad y el aislamiento social del afectado. En resumen, como concluye el trabajo: “Ayudar al sujeto a reconstruir la dimensión social de su problemática y animar su participación en plataformas de movilización ciudadana, puede contribuir a una desmedicalización de la experiencia”.

Si queréis conocer más del trabajo, podéis leer un resumen de 8 páginas del trabajo. Es el texto de una charla que dio Elena el pasado 16 de enero de 2014 en La Casa Azul de Córdoba, y que ha ofrecido para los lectores del blog. Lo podéis descargar aquí: [deshauciar, desalojar, ejecutar resumen](https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2014/02/deshauciar-desalojar-ejecutar_resumen.pdf) ⁹². En cuanto publique su trabajo completo, os daré la referencia de cómo conseguirlo.

Y recordad: ¡Sí, se puede!

92 https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2014/02/deshauciar-desalojar-ejecutar_resumen.pdf

Capítulo 20: Patriotismo de barrio ⁹³

Siempre me han llamado la atención aquellos barrios que uno nunca elegiría para vivir por sus casas cutres, calles feas y descarnadas plazas o por sus pobres zonas verdes y equipamientos, pero a los que sin embargo las personas que se han criado en ellos tienen un cariño feroz y les parece el mejor lugar del mundo. Tienen allí sus familiares, amigos, recuerdos y redes de protección y solidaridad, que les proporciona una identidad común, que deja en segundo plano la “objetivamente” pobre estética urbanística. He encontrado un término para designar este sentimiento de pertenencia, que es un valioso sustrato para la salud comunitaria y la inclusión social, en contraste con otras identidades excluyentes (que también usan una de sus tres palabras): patriotismo de barrio.



“Yo soy de Vallecas” (Fuente: www.elrastromadrid.com)

Este término de “patriotismo de barrio” se me ocurrió escuchando a [Maja Lalic](#), una inquieta urbanista serbia que nos presentaba unas iniciativas (las del equipo Mikser) de mejora urbana del barrio de Savamala de Belgrado, que habían aprovechado lo que ella llamaba (en inglés) el “local patriotism” de los vecinos. Me resultó curioso, y a la vez esperanzador, viniendo de un país que ha sufrido (y ha hecho sufrir) la versión más excluyente y xenófoba del término “patriotismo”. Estábamos en una interesante jornada en [Matadero-Intermediae](#) a la que fui invitado, denominada [Plataformas Urbanas](#), organizada alrededor del proyecto europeo [Urban Cooks](#), que recogía experiencias de rediseño urbano y empoderamiento ciudadano en varias ciudades europeas (Skopje, Viena, Amsterdam, Paris, Madrid ⁹⁴, Belgrado).

Volví a tener la sensación que en promoción de la salud y en salud comunitaria nos movemos manejando conceptos y metodologías de promoción de la salud e intervención

93 Publicado en el blog “Salud Pública y otras dudas” el 28 de marzo de 2015

94 En Madrid se presentaba la interesante experiencia [“Autobarrios” en el barrio de San Cristobal de los Angeles](#), del innovador equipo de [Basurama](#)

social como si las hubiéramos inventado nosotros. Sin tener suficientemente en cuenta que muchas de ellas (*empoderamiento, comunidad, investigación-acción, discriminación, vulnerabilidad, riesgo*, etc) son comunes a otros profesionales con semejante vocación de cambio social, y con los que podríamos aliarnos más estrechamente. Algunos de ellos/ellas pertenecen a las innovadoras, jóvenes y entrecruzadas *tribus profesionales*⁹⁵ de arquitectos, diseñadores urbanos, sociólogos, artistas, educadores y mediadores sociales, presentes en la Jornada, empeñadas en humanizar nuestras ciudades. Con vocación de innovar y romper moldes, incluso en la forma cómo organizan los encuentros de “expertos” (menor formalidad, mayor interactividad, refuerzo con redes sociales).



imágenes de patriotismo de barrio: (Arriba) “El barrio es nuestro” Escultura en homenaje al movimiento vecinal en Vallekas (fuente: <https://mesaconvivenciavallekas.wordpress.com/2013/02/14/21-febrero-homaneja-al-movimiento-vecinal-en-vallekas/>), (Abajo) una forma extrema de patriotismo de barrio que llega a la reivindicación de la independencia del propio barrio de su ciudad (Campaña por la independencia municipal de Vallekas desarrollada por la asamblea local de Yesca)

95 Para entender cómo uso el término de "tribu" aplicado a las culturas profesionales de la Salud Pública: ver “[Las tribus de la Salud Pública](https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/02/03/no-olvides-que-habias-venido-a-desechar-la-cienaga-y-las-tribus-de-la-salud-publica/)” (<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/02/03/no-olvides-que-habias-venido-a-desechar-la-cienaga-y-las-tribus-de-la-salud-publica/>)

<https://www.youtube.com/watch?v=u6hVXOyYWko&w=560&h=315>

<https://www.youtube.com/watch?v=fXOFKX4LdMk&w=560&h=315>

Videos (parte 1 y parte 2) del proyecto "["Autobarrios" en el barrio de San Cristobal de los Angeles](#) , del innovador equipo de [Basurama](#). Febrero 2013.

Volviendo al título de este post, en la misma jornada Antonio Lozano nos contó como algunas iniciativas especulativas y de "gentrificación" surgidas alrededor de las candidaturas olímpicas de Madrid y Londres (que el conoce muy bien), pretendieron "expropiar" descampados y cañadas, para convertirlos en modernas zonas urbanizadas con viviendas de lujo, después de su uso deportivo en las olimpiadas, con el argumento de que eran terrenos inútiles para los vecinos. Sin embargo, cuando se daba la voz a los vecinos, estos reivindicaban estos pobres descampados y peladas colinas, pues eran sus "parques", donde toda la vida habían paseado, merendado, jugado o practicado deportes. Estos espacios y su percepción, formaban parte de su patriotismo de barrio y de su memoria. Era un ejemplo más de que cualquier intervención urbanística (¡y de salud pública!), realizada con el enfoque "top-down" (de arriba a abajo, o de despotismo teocrático ilustrado), en vez de "bottom-up" (de abajo a arriba, partiendo de la escucha sobre las necesidades y percepciones de los vecinos), tiene el riesgo de ser un fracaso social, por no contar con este patriotismo de barrio.



Ejemplo de *patriotismo de barrio inclusivo*, en los que los vecinos de Tetuán rechazan a un grupo neonazi que se instaló en el barrio para regalar comida "solo a los españoles" (1 de septiembre de 2014. Fuente: [el confidencial](#))

El patriotismo de barrio integra a todas las personas que han compartido una historia común en un territorio concreto, asociando unas vivencias y afectos colectivos con ese territorio⁹⁶. Facilita el que se integren en este común personas que llegaron al barrio desde diferentes lugares de orígenes y pertenecientes a diferentes culturas y etnias.

96 Sobre el interesante concepto de "Urbanismo afectivo" ver el post "["Cartas afectivas"](#) en el blog de Intermediae.

Ciudades como Madrid, Barcelona o Bilbao tienen muchos ejemplos de barrios forjados por el aluvión de inmigrantes de diferentes orígenes que tuvieron que pelear juntos por mejorar las infraestructuras de sus barrios, en las décadas de los 50, 60 y 70 del siglo pasado. Que merced a esas luchas generaron lazos de ayuda mutua, en los que el origen extremeño, andaluz, castellano, etc. quedó en segundo lugar, enterrado por la nueva identidad de ser “vallecano”, de Aluche, de la Conce, de San Cristobal, etc. A veces estos barrios con tradición solidaria han sido también capaces de integrar a los nuevos inmigrantes latinoamericanos, magrebíes, rumanos, subsaharianos, etc. que llegaron a esos mismos barrios al estrenarse el nuevo siglo. Son barrios con un alto “capital social puente” o “conectivo” (ver capítulo 17).

Esta integración a veces ha tenido que empujarse. Estoy pensando en las interesantes iniciativas de convivencia intercultural que promocionan algunas asociaciones y dispositivos socio-educativos en parques y plazas de Madrid (como el proyecto Comparkte de Ciudad Lineal). Por desgracia, a veces este patriotismo de barrio no es siempre suficientemente inclusivo, o tiene que esperar a la segunda generación de los hijos de inmigrantes para serlo.

https://www.youtube.com/watch?v=jDfpzzu_ozA&w=560&h=315

Video de presentación del valioso proyecto de intervención comunitaria intercultural “Comparkte” de Ciudad Lineal, liderado por la Rueca, entrelazando el esfuerzo de los múltiples actores de la Mesa de Convivencia de Ciudad Lineal (Servicios Sociales de distrito, Centro Madrid Salud Ciudad Lineal, Rumiñahui, Barró, Fundación Manantial, etc.) y financiado por la Obra Social de la Caixa



Otro ejemplo de lo mismo: Cartel de la V Jornada contra el racismo: “Contigo hay barrio” en Vallecas

Estamos en un momento propicio, de renovado interés por debatir sobre lo público, lo común y cómo mejorarlo y enriquecerlo. De no delegar todo en los expertos y políticos. De pedir una nueva gobernanza, más democrática, abierta y “periférica” (en todos los sentidos), representada por las asambleas de barrio y los debates en las plazas. El interés por la salud colectiva y sus determinantes sociales puede ser un elemento central en este debate sobre un nuevo municipalismo⁹⁷



Asamblea del 15 M de Chamberí durante una intervención de Jose Luis Sampedro, vecino y habitual asistente a la asamblea, antes de su muerte

En salud comunitaria debemos aprovechar este patriotismo de barrio, encauzar este amor por el territorio y esos fuertes vínculos sociales, para que los vecinos identifiquen los determinantes sociales (y urbanísticos) de la salud de su barrio (ver capítulo 17: “¿Duplicidades? ¡Es el territorio, estúpido!”). Tanto las causas de la mala salud, como las oportunidades y recursos que tiene esa comunidad para cuidar y conservar su salud. (Aunque con mucho tacto y contextualización, para no ofender el patriotismo de barrio con nuestros “mapas de riesgo”⁹⁸ que identifican los barrios o secciones censales con sobremortalidad o mayor privación social, que a veces son percibidos como una estigmatización y desvalorización de estos territorios). Y que con ese enfoque “bottom-up” sean “los patriotas” los que descubran y eligen las formas de mejorar el barrio. Que sea aun mejor todavía, si cabe. *¡Porque mi barrio es la hostia, tú!*

97 Ver [“La apuesta municipalista de la Salud Pública”](https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/01/25/la-apuesta-municipalista-de-la-salud-publica/) (https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/01/25/la-apuesta-municipalista-de-la-salud-publica/)

98 Ver [“II Atlas de mortalidad y desigualdades sociales de la Comunidad de Madrid”](https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/05/26/ii-atlas-de-mortalidad-y-desigualdades-socioeconomicas-2001-2007-de-la-comunidad-de-madrid/) (https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/05/26/ii-atlas-de-mortalidad-y-desigualdades-socioeconomicas-2001-2007-de-la-comunidad-de-madrid/)

<https://www.youtube.com/watch?v=xMZrKkXYliA&w=420&h=315>

Canción "**Este es mi barrio**" del grupo maño **Ixo Rai!**, que según nuestra colega @eslapati debería ser la banda sonora de este post (¡Gracias, Patricia! ¡Está genial! ¡Qué grandes sois los maños, y sobre todo las mañas!))

Capítulo 21: Organizar la Participación ⁹⁹

La participación es uno de los elementos centrales de la salud comunitaria. Sin embargo, aunque es frecuentemente invocada, apenas ha estado presente en mi larga práctica profesional institucional. Y cuando lo ha estado, ha sido de una forma tímida y domesticada. Confieso pues mi ignorancia en este campo. Por ello, en este tiempo nuevo en el que queremos poner en práctica la *transversalidad* y la *hibridación*, me ha interesado este “manual de participación”, titulado [“La Democracia en acción: Una visión desde las metodologías participativas”](#) del [equipo Antígona](#), que quiero compartir con vosotros. Según el mismo, podemos aprender a “organizar la participación”.

El libro ¹⁰⁰ y los autores



Portada del libro, que podéis descargar aquí: [lademocracia-en-accion-metod-participativas](#)

Al parecer, el Equipo de ANTÍGONA, está formado por postgraduadas en el Master en Investigación participativa para el desarrollo local (Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid, omnipresente en la actualidad política), que actualmente trabajan en diferentes ciudades y países (Madrid, Córdoba, Barcelona, Colombia y Ecuador) como consultores de procesos participativos (incluido proyectos de presupuestos participativos en algún distrito de Madrid). Recomiendo

99 Publicado en el blog “Salud Pública y otras dudas” el 12 de noviembre de 2016

100 Debo el conocimiento de este libro a mi amiga médica y antropóloga Elena Ruiz Peralta, inquieta y glotona buscadora del saber y la experiencia

visitar su interesante [web](#), donde comparten valiosos materiales y describen algunos de los proyectos sobre los que han trabajado

Hermenéutica de la recuperación vs Hermenéutica de la sospecha

Antes de adentrarse en las metodologías participativas, los autores hacen una interesante reflexión sobre el marco conceptual en el que se basan. Este se explica desde una visión, a mi parecer demasiado dicotómica, típica del postmodernismo. Inspirados por Scott Lash¹⁰¹, contemplan los procesos participativos desde una nueva *Hermenéutica* que denominan *de la recuperación*, frente a una *Hermenéutica de la sospecha* a la que rechazan. Esta última hace referencia a la escuela de pensamiento moderno originada con Nietzsche, Marx y Freud¹⁰², y basada en la idea de que la gente está alienada, es decir, que no sabe que está dominada y que actúa de acuerdo a unos principios inconscientes que la superan y determinan. Esta estructura de dominación pasa a ser accesible sólo a expertos o activistas en cuya mano esta la concientización de esta dominación o alienación desde la transmisión de un conocimiento liberador.

Por el contrario, la Hermenéutica de la recuperación no se plantearía (cito literalmente) *“desde la posición privilegiada del conocimiento, como si dispusiéramos de las herramientas adecuadas para poder desvelar las estructuras de dominación que los demás “no saben” o “no ven”. Como si pudiéramos adoptar una posición en algún sentido “neutra” o “panorámica” desde la que decir cuáles son los problemas, sin caer en la cuenta de que nuestra perspectiva sea sesgada. Muy al contrario, la idea inicial es que el conocimiento sirve a todos y, sobre todo, no sustituye al de los otros, por tanto, todos son necesarios para construir conocimiento, desde sus posiciones y sus sesgos. Esto implica adoptar una actitud distinta, que empieza con la invitación a todos a pensar los problemas, pues por mucho que imaginemos no se pueden sustituir las redes sociales en las que cada cual está inmerso y dan sentido a lo que se vive, porque no se pueden sustituir los desafíos que cada cual siente al pensar un problema o sus alternativas, ni podemos sustituir el pasado con el que cada cual concurre a la hora de relacionarse.*

101 Lash, S. (1997), “La reflexividad y sus dobles” en U. Beck, A. Giddens y S. Lash, *Modernización Reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno*, Alianza, pp137-238, Madrid, 1997

102 Foucault, M, *Marx, Nietzsche y Freud*, Anagrama, Madrid, 1970



Procesos participativos: Asamblea del 15 M de Moncloa

*Por eso, más que de estructuras de dominación ajenas, de lo que se trata es de recuperar las prácticas y las redes desde las cuales las personas o grupos hacen y actúan con el objetivo de pensar el cambio desde ellas. (...) De lo que se trata es de partir de **los problemas** que emergen en la convivencia, y en tanto éstos pertenecen a todos los implicados, su definición no puede establecerse sin la concurrencia de los mismos, de sus particularidades y de sus sesgos. (...)*

*En definitiva, no es sospechar que los ciudadanos son irresponsables porque no reciclan o son demasiado liberales como para preocuparse del ahorro energético, no se trata de estereotipar de “tradicionales” a las personas porque quieren que los jóvenes no salgan a la calle. Se trata de partir precisamente de esos **significados**, de empezar a construir el problema desde ellos, lo que significa **recuperar las redes que dan sentido a los problemas**. Desde aquí se pueden **plantear cambios** desde las redes en que descansan los problemas y no imponer soluciones de acuerdo a la relación de fuerzas existente. (las negrillas son mías)*

Esta visión dicotómica se ilustra mejor y resume en el gráfico adjunto:

HERMENÉUTICA DE LA SOSPECHA	HERMENÉUTICA DE LA RECUPERACIÓN
La gente está "alienada", no sabe, no ve.	Se hacen emerger los significados compartidos a partir de los cuales las prácticas sociales tienen lugar.
Se parte de una relación de saber-poder desigual. Desde mi lugar de saber-poder desvalorizo el saber del otro.	Se propician relaciones de poder horizontales. El otro me aporta desde su lugar y su visión.
El conocimiento está en manos de expertos.	El conocimiento se construye a partir de lo que aportan los expertos temáticos y los expertos vivenciales.
Se conciencia a los otros/as.	Se construye con los otros/as.
Se habla en nombre de otros, se piensa por otros.	Se habla desde uno/a.
Se generan proyectos en función de lo que se cree los otros necesitan.	Se construye un proyecto común.
El cambio descansa únicamente en el conocimiento adquirido por especialistas.	El cambio descansa en las relaciones.
Se convoca a participar en "nuestro proyecto".	Se participa en la definición del problema, en la elaboración y gestión del proyecto.

Hermenéutica de la recuperación vs Hermenéutica de la sospecha. Fuente: "La Democracia en acción: Una visión desde las metodologías participativas" del equipo Antígona

Es fácil simpatizar con esta visión "democrática" y respetuosa con los saberes no profesionales de la gente, basados en su experiencia y su propio contexto, frente a la caricatura del marxismo o el psicoanálisis como fuente de un despotismo ilustrado, generalizador y paternalista. Esta vindicación del saber lego, me recuerda algo a la filosofía y metodología del "cruce de saberes" que mencionamos en el pasado post (ver: ["De la participación al cruce de saberes"](#)¹⁰³), basado en el pensamiento del sacerdote [Joseph Wresinski](#). Sin embargo, nos quedamos con la duda de cómo manejan los autores (en su abordaje del proceso participativo) la existencia de estas estructuras de dominación y determinación psico-social (sea el sistema capitalista o sean los mecanismos inconscientes) que condicionan los procesos de cambio social, ...o si simplemente las niegan. A veces parece que se inspiran en algunos conceptos y métodos participativos de [Paolo Freire](#) (por ejemplo, *horizontalidad o problematización*), pero no aparecen los elementos más críticos con la dominación y opresión, propios de la visión revolucionaria de la pedagogía crítica o de la liberación.

Procesos participativos

Los autores definen la participación "como un proceso de implicación mediante el cual los diferentes actores plantean los problemas y soluciones, con metodologías y herramientas que fomentan la creación de espacios de reflexión y diálogo colectivos, encaminados a la construcción de conocimiento común. Este abordaje tiene en cuenta el escenario específico en donde tiene lugar el proceso y las alternativas, en un contexto determinado política, social o económicamente, con el objeto de mejorarlo"

103 <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2016/10/31/de-la-participacion-al-cruce-de-saberes/>

Este proceso tiene varios pasos:

1. **Problematizar la demanda** o motivo inicial (que por cierto, me recuerda la discriminación inicial entre *demanda* y *pedido* que se hace en el análisis institucional), aclarando el objeto y los actores del proceso participativo

1 ^{er} PASO: PROBLEMATIZAR LA DEMANDA		
PREGUNTAS que se han de responder en este paso	¿QUÉ PRODUCTOS DEBERÍAMOS OBTENER?	¿CÓMO LO HACEMOS?
¿De dónde se parte? ¿Para qué y para quién se pone en marcha el proceso? ¿Qué tema/problema se va a abordar? ¿Con qué herramientas? · ¿Cuál es el problema que preocupa? · ¿Por qué es un problema? · ¿Para quién es un problema?	Dolor o preocupación común, papel de cada actor, finalidad del proceso Acuerdos mínimos para comenzar a trabajar (tiempos, recursos, producto)	Primeras reuniones entre el equipo técnico, quienes realizan el encargo y primeros actores contactados ("negociación inicial")

2. **Contextualizar el problema** (con las redes formales, como el tejido asociativo)

2 ^o PASO: CONTEXTUALIZAR EL PROBLEMA		
PREGUNTAS que se han de responder en este paso	¿QUÉ PRODUCTOS DEBERÍAMOS OBTENER?	¿CÓMO LO HACEMOS?
¿Quiénes y en qué participarán? ¿Cómo nos vamos a organizar? ¿Cuánto tiempo se destinará y cómo se distribuirá? ¿Con qué herramientas?	Plan de trabajo (ver ejemplos en pág. 37 y 38)	Revisión bibliográfica y de estudios previos. Datos secundarios. Entrevistas a expertos temáticos. Legislación y programas vigentes en el territorio.
¿Qué sentido tiene ese problema en este contexto determinado, para estos actores?	Bloques temáticos Grupo de trabajo inicial (afines)	Pateos, transectos, entrevistas a informantes clave. Primeros talleres con las redes formales.

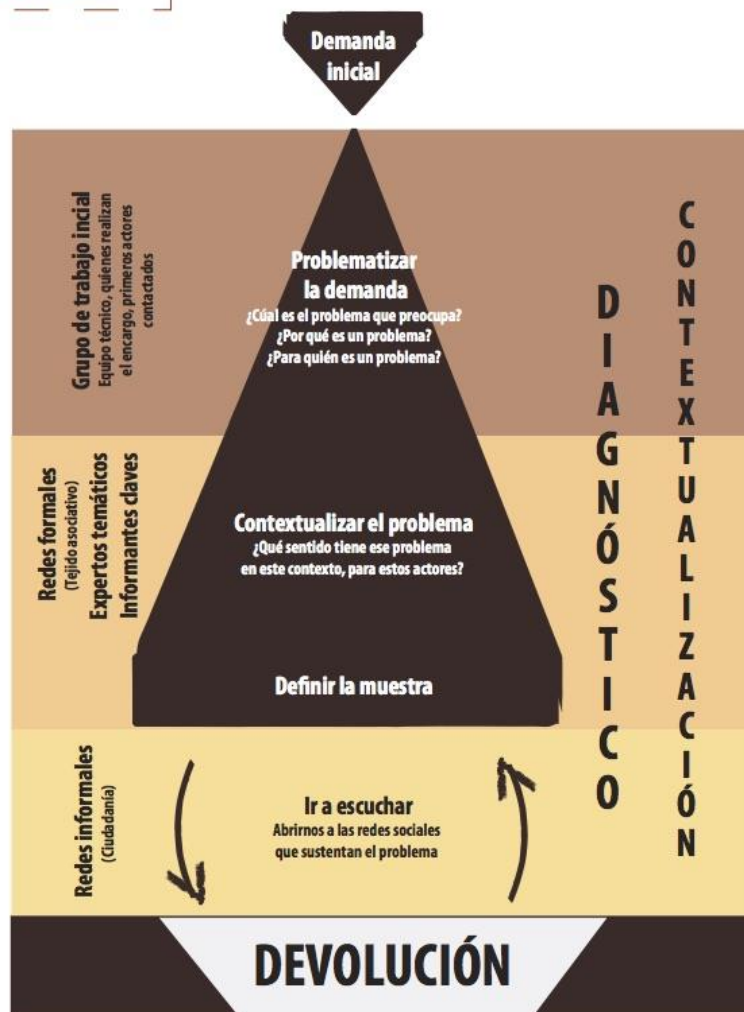
3. **Diseñar una muestra** (de *la ciudadanía*) que organice el trabajo de campo
4. **Ir a escuchar a las redes** informales identificadas

3 ^{er} PASO: IR A ESCUCHAR		
PREGUNTAS que se han de responder en este paso	¿QUÉ PRODUCTOS DEBERÍAMOS OBTENER?	¿CÓMO LO HACEMOS?
¿Cuáles son los actores presentes en el territorio vinculados a la temática/problemática abordada?	Diagnóstico	Definición de cuadrantes de la muestra'
¿Cómo vamos a "escuchar" sus discursos?		Definición de técnicas a aplicar
¿Cuáles son sus posicionamientos?		Trabajo de campo (talleres, técnicas de visualización, entrevistas, ...)

Preguntas básicas en los tres pasos de lo procesos participativos.. Fuente: "La Democracia en acción: Una visión desde las metodologías participativas" del equipo Antígona

El proceso se resume en este grafico que recuerda los de investigación-acción-participación (IAP):

TRES PRIMEROS PASOS DE UN PROCESO PARTICIPATIVO EN UN CONTEXTO COMUNITARIO



Los 3 primeros pasos en un proceso participativo en un contexto comunitario. Fuente: “La Democracia en acción: Una visión desde las metodologías participativas” del equipo Antígona

El proceso participativo se facilita con el uso de diferentes instrumentos, que van desde el análisis de datos secundarios, cualitativos y el análisis de redes, en una fase previa, que permiten diseñar adecuadamente los “talleres participativos” o de diagnostico (taller de contexto, de elaboración de Sociogramas, de visualización, etc.), que conducen el proceso. Uno de los principales valores del libro es que describe de una forma sencilla y didáctica estas metodologías, aportando ejemplos y esquemas para su aplicación, además de sus correspondientes referencias bibliográficas. En ello reside su utilidad para las personas que quieran iniciarse en estas formas de organizar la participación y que estoy seguro que en nuestro mundo “practicón” y devorador de “recetas”, “técnicas” y cursillos, como es el sanitario, tendrá bastante éxito

Capítulo 22: La humanización del espacio urbano (el Urbanismo de la Salud Comunitaria) ¹⁰⁴

El espacio que hay entre los edificios tiene una importancia fundamental para la vida social y, por lo tanto para la salud comunitaria. Depende cómo se diseñen nuestras calles y plazas, tendremos más o menos posibilidades de interactuar con vecinos, pero también de: conversar con desconocidos, de que nuestros niños y niñas jueguen libremente en las calles, de que nuestros mayores no estén encerrados en sus casas, de caminar y hacer actividad física (solos o acompañados), de disfrutar del entorno, de la cultura y el arte callejero,... o de descubrir que el extranjero no es tan diferente a nosotros. Os recomiendo la lectura del libro del arquitecto danés Jan Gehl “La humanización del espacio público. La vida social entre los edificios” ¹⁰⁵. Sin nombrarlo como tal, nos habla del urbanismo de la salud comunitaria.

La alianza entre Medicina Social y Urbanismo Social

El trabajo conjunto entre médicos y arquitectos higienistas era habitual en la época en que nació la medicina social. Solo hace falta leer a salubristas como Hauser, Chicote, Lasbennes o Méndez Álvaro para ver el espacio que se dedicaba a las necesarias reformas de las viviendas calles y plazas de la ciudad de Madrid, como medida imprescindible para mejorar las preocupantes cifras de morbilidad y mortalidad de principios del siglo XX. [La mortalidad de los barrios bajos](#) ¹⁰⁶, donde habitaban las clases bajas, tenía que ver no solo con las condiciones de vida en las viviendas colectivas, las deficiencias del alcantarillado y el abastecimiento, o las proximidades a muladares, mataderos y otras fuentes de *emanaciones mefíticas*, sino con el déficit de plazas y de calles anchas donde circulara el aire y llegara el sol, elementos fundamentales según la teoría miasmática.

Después de un siglo, en el que la medicina se desentendió de las políticas públicas (incluidas las urbanísticas), para esconderse tras el microscopio y fascinarse por la farmacopea, en la actualidad cada vez hay más consciencia de todos los avances sanitarios que podemos conseguir trenzando complicidades entre la medicina social y el urbanismo social. En Madrid bullen diferentes grupos de jóvenes arquitectos y arquitectas con perspectiva social, que quieren articularse con los movimientos sociales de los barrios, para poner en pie, de forma participativa, innovadoras e interesantes propuestas de cambio de nuestro espacio público urbano. Muchos de estos urbanistas son muy conscientes del valor que tiene la salud en sus propuestas y están muy abiertos a la interdisciplinariedad con los profesionales de la salud comunitaria.

104 Publicado en el blog “Salud Pública y otras dudas” el 1 de mayo de 2017

105 Jan Gehl. “La humanización del espacio público”. Editorial Reverte. Barcelona 2013. Debo el conocimiento de este libro al sabio arquitecto y urbanista municipal de Madrid, José Luis Sanz Strachan, con el que hemos puesto en marcha algunas de las propuestas de Gehl (por ejemplo, paseos saludables *Walking People Project*), sin saberlo yo (antes de conocer esta obra).

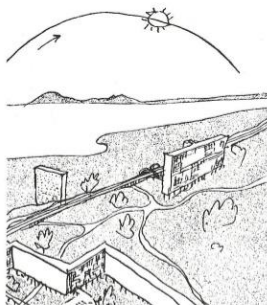
106 <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2017/04/14/la-mortalidad-en-los-barrios-bajos-de-madrid-i-1905-1a-parte-el-mapa-de-1905/>

Muchos se inspiran en veteranos arquitectos y urbanistas, entre los que destacan [Jane Jacobs](#) ([los paseos de Jane](#)) y [Jan Gehl](#), entre otros muchos. Creo que las propuestas de Jan Gehl de darle valor al espacio que hay entre los edificios, para mejorar las oportunidades de encuentro social y el bienestar de los barrios y comunidades, reflejan las mismas preocupaciones y metas de la salud comunitaria. Es el urbanismo de la salud comunitaria.

Ya no se trata tanto de un urbanismo que evite las muertes por tuberculosis u otras enfermedades contagiosas (aunque también), sino en valorar la influencia que tienen las políticas urbanísticas en dimensiones de la salud, como son la salud mental colectiva, la actividad física (relacionada con las epidemias modernas de la obesidad, la diabetes y la hipertensión), la educación, el juego, la exposición a la contaminación atmosférica y acústica,... o, en sentido más amplio, en el "hacer barrio", concretamente barrios saludables. Me refiero al potencial que tiene el diseño del espacio público para favorecer el sentimiento de comunidad, la preservación e incremento de *los activos en salud* presentes en un barrio, el encuentro y la interacción intercultural, el reconocimiento y aprovechamiento de la diversidad de todo tipo (étnica, cultural, sexual, funcional, etc.), el empoderamiento comunitario, el cuidado colectivo y la ayuda mutua de su vecindario ante las oportunidades y amenazas a la salud colectiva. Es decir, hablamos del urbanismo de la equidad en salud y del urbanismo para una ciudad de los cuidados.

52

LA HUMANIZACIÓN DEL ESPACIO URBANO



El énfasis en el sol, la luz y los espacios abiertos, y la eliminación de los espacios públicos urbanos están claramente expresados en las ilustraciones que acompañan al manifiesto funcionalista de Le Corbusier. (Propos d'urbanisme [biblio. 33].)

Bajo estas líneas, condominios en Toronto, Canadá. Debajo, viviendas de promoción pública en Berlín, antigua República Democrática Alemana.

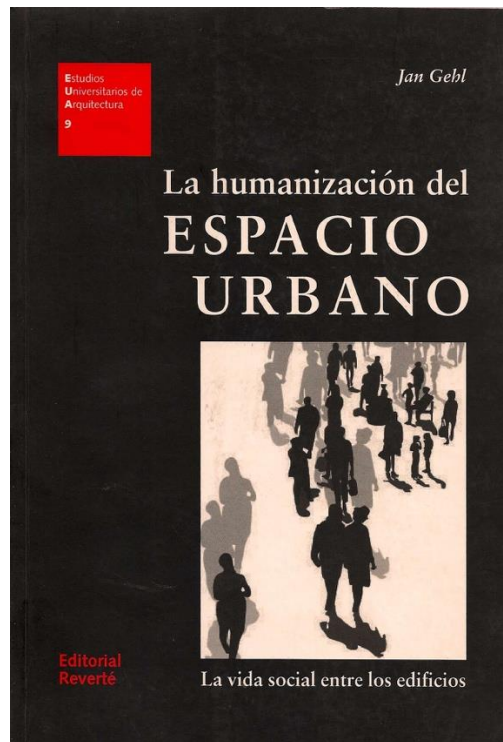


www.elpais.com El funcionalismo, los aspectos funcionales y fisiológicos

Madrid es un ciudad con muchos barrios diseñados bajo la óptica del funcionalismo, por el que se han descuidado los espacios públicos que hay entre los edificios y que son fundamentales para favorecer la vida comunitaria. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio publico". Editorial Reverte. Barcelona 2013

Jan Gehl y la vida social entre los edificios

[Jan Gehl](#) (Copenhague, 1936) es un arquitecto danés y catedrático de diseño urbano que ha tenido una gran influencia en varias generaciones de urbanistas con vocación de servicio social, más empeñados en hacer ciudades mas humanas y agradables, que en ganar premios de arquitectura diseñando edificios autistas y descontextualizados de su entorno. Su libro, "La humanización del espacio publico", cuya lectura recomiendo apasionadamente a nuestra *tribu salubrista*, tiene el subtítulo de "La vida social entre los edificios", pues es una llamada a los/as arquitectos/as a no centrarse solo en el diseño de los edificios, sino a tener en cuenta el espacio que hay entre ellos^[1].



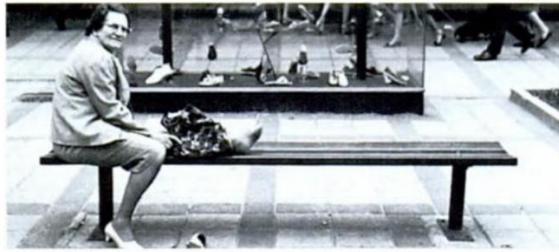
Portada del libro de Jan Gehl. "La humanización del espacio publico". Editorial Reverte. Barcelona 2013

Si los edificios representan generalmente el espacio privado, el espacio que queda entre ellos es el espacio público por excelencia, es donde se desarrolla o se inhibe la vida en común. Dependiendo de cómo estén pensados o ignorados estos espacios, hay más o menos posibilidades de encuentro social, y estos contactos serán de mayor o menor calidad. La existencia de bancos para sentarse y su disposición, el espacio que se da al coche frente al de los peatones, la transición entre el espacio privado y el público (por ejemplo, la importancia de los jardines delanteros de las casas, como oportunidad de encuentro entre los vecinos), la sensación de seguridad para el juego de los niños en la calle, la función que tienen las plazas públicas, la preferencia por los bordes de las mismas, la disposición de los comercios, la creciente pasión por las terrazas en los

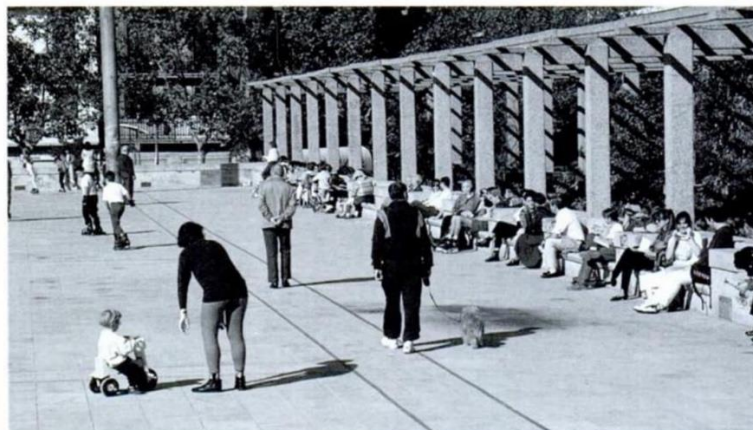
países del norte de Europa, la atracción que sentimos por el diseño de los cascos históricos medievales de las ciudades, frente al de la fría e individualista arquitectura funcionalista de las modernas ciudades, son algunos de los contenidos de este valioso libro. Su lectura se facilita por un texto bien ordenado y categorizado en 215 páginas, en un lenguaje claro y muy accesible. Y sobre todo, por una importante colección de fotos de la vida en las calles y de diseños urbanos alternativos, que ilustran los conceptos expuestos en el texto.

170

LA HUMANIZACIÓN DEL ESPACIO URBANO



Los bancos colocados en medio de los espacios abiertos parecen interesantes en los dibujos de los arquitectos, pero son claramente menos atractivos que otros espacios más protegidos.



Elección de lugares para sentarse

Material protegido por derechos de autor

El arte de colocar los bancos en los espacios públicos. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio publico". Editorial Reverte. Barcelona 2013

Tres tipos de actividades exteriores

Según Gehl, las actividades exteriores realizadas en los espacios públicos se pueden dividir, a grandes rasgos, en dos categorías, cada una de las cuales plantea exigencias muy distintas al entorno físico:

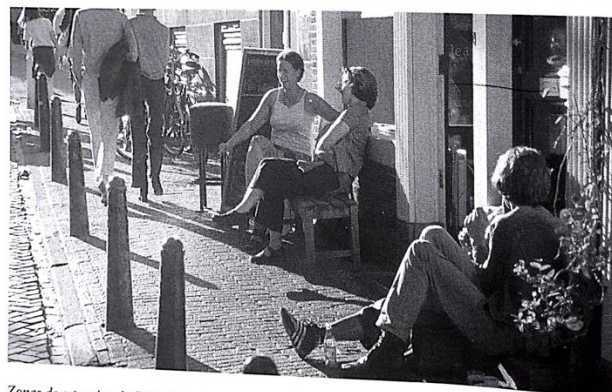
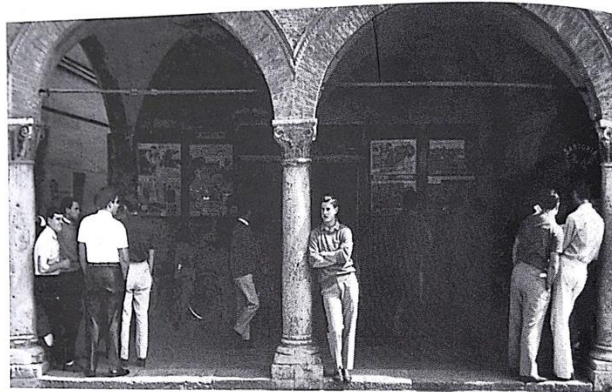
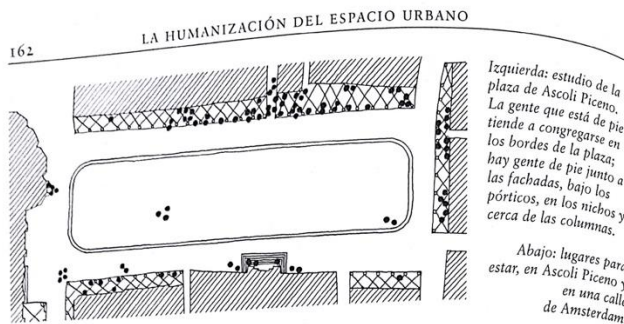
- *Actividades necesarias* (ir al colegio o al trabajo, salir de compras, esperar al autobús o a una persona, hacer recados, etc.). Son las actividades cotidianas e incluyen la mayor parte de las relacionadas con la acción de caminar. Su obligatoriedad les hace independientes del entorno exterior.
- *Actividades opcionales*, es decir, las que se dan si existe el deseo de hacerlo o si lo permite el tiempo y el lugar (dar un paseo, sentarse a tomar el sol, etc.), Solo se dan en condiciones externas favorables

Cuando los ambientes exteriores son de buena calidad, el resultado es una tercera categoría de actividad: *las actividades sociales*. En ese caso, según Gehl: “las actividades necesarias tienen lugar mas o menos con la misma frecuencia; pero tienden claramente a durar más, pues las condiciones físicas son mejores. Sin embargo, también habrá una amplia gama de actividades optativas, pues ahora el lugar y la situación invitan a la gente a detenerse, sentarse, comer, jugar, etc.”

“En las calles y espacios urbanos de poca calidad solo tienen lugar el mínimo de actividades. La gente se va de prisa a casa”

“Las actividades sociales son todas las que dependen de la presencia de otras personas en los espacios públicos (...) Incluyen los juegos infantiles, los saludos y las conversaciones, diversas clases de actividades comunitarias y, finalmente-como la actividad social más extendida-, los contactos de carácter pasivo, es decir, ver y oír otras personas.”

“Las actividades sociales se producen de manera espontanea, como consecuencia directa de que la gente deambula y está en los mismos espacios. Esto implica que las actividades sociales se refuerzan indirectamente cuando a las actividades necesarias y opcionales se les proporcionan mejores condiciones en los espacios públicos”

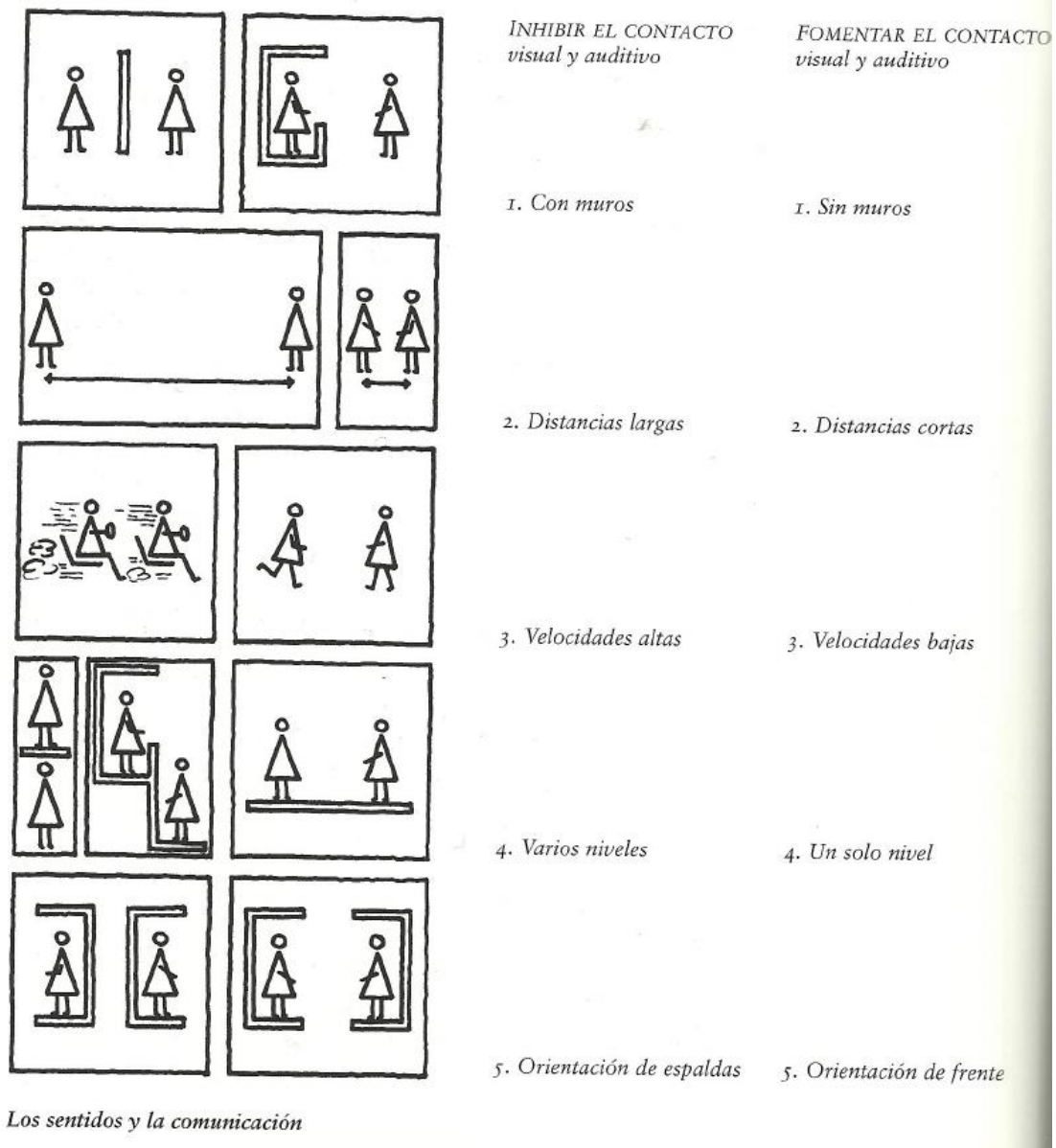


Zonas de estancia: el efecto de borde

El efecto borde: no todos los espacios públicos tienen el mismo valor para animarse a sentarse o estar de pie. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio público". Editorial Reverte. Barcelona 2013

El urbanismo que propicia las actividades comunitarias

Para que se desarrollen actividades comunitarias es preciso la existencia de intereses comunes, lo cual no puede ser proporcionado por la arquitectura. Sin embargo, uno u otro diseño del marco físico donde se desenvuelven las relaciones sociales puede propiciar los encuentros espontáneos que favorezcan la identificación de esos intereses comunes. Hay pues una interrelación entre estructura física y estructura social.



Los sentidos y la comunicación

La disposición física puede fomentar o inhibir el contacto visual o auditivo al menos de 5 maneras distintas: muros, distancia, velocidad, niveles y orientación. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio público". Editorial Reverte. Barcelona 2013

La vida entre los edificios es un proceso. La gente se interesa por espacios en donde pasa algo. Cuando alguien comienza a hacer algo, hay una clara tendencia a que otros se unan, bien para participar o para ver. Una vez iniciado el proceso, la actividad es casi siempre mayor y más compleja que la suma de actividades parciales existentes al principio. Esto se expresa con lemas como: "uno más uno son tres, por lo menos", o "Pasa algo porque pasa algo porque pasa algo", o al contrario, en zonas de baja densidad de actividades sociales: "No pasa nada porque no pasa nada". Los niños prefieren quedarse en casa y ver la tele o jugar al ordenador porque fuera se aburren (cuando no pasa nada). Las personas mayores no encuentran especialmente entretenido sentarse en los bancos, porque no hay nada que ver.



Las personas tienden a congregarse donde están reunidas otras personas; zonas residenciales en el oeste de Copenhague y en el sur de Melbourne.



Pasa algo porque pasa algo
www.arqlibros.com

Pasa algo porque pasa algo. Las personas tienden a congregarse donde están reunidas otras personas. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio público". Editorial Reverte. Barcelona 2013

Lo importante no es el número o tipo de acontecimientos sino la duración de los mismos. Si las estancias individuales en el exterior son más largas, las zonas residenciales y los espacios urbanos estarán más animados. Por eso la velocidad de circulación es determinante: moverse en una ciudad en coche, en bici o a pie determina el campo visual y las experiencias sensoriales, la posibilidad de contacto social y la duración del contacto entre personas.

Alternativas de diseño a favor o en contra de lo comunitario

Se podrían resumir en:

1. Agrupar o dispersar (personas o acontecimientos): En la escala grande, dispersar es cuando las viviendas, los servicios públicos, las industrias y los comercios se colocan por separado en vastas extensiones de terrenos asilados, con una estructura urbana funcionalmente segregada que depende del automóvil como medio de transporte entre las partes. En la escala mediana, las personas y las actividades se dispersan, cuando los edificios están situados a grandes distancias unos de otros, y con las zonas de entradas y las viviendas orientadas sin relación entre si. En la escala pequeña, la agrupación se consigue evitando calles, fachadas de edificios y plazas sobredimensionadas, que generan gran distancia entre las personas y minimizan las posibilidades de encuentro.
2. Integrar o segregar: la integración es cuando varias actividades y categorías de personas pueden funcionar juntas codo con codo (un ejemplo, es el cuarto de estar de las viviendas: todos los miembros de la familia pueden estar ocupados al mismo tiempo en diversas actividades compartiendo un mismo espacio). La integración permite que las personas actúen juntas y que se estimulen e inspiren unas a otras. Un ejemplo de integración urbanística es cuando se sitúan las universidades dentro de la trama urbana en vez de aisladas en la periferia. Es decir cuando se rechazan las zonas monofuncionales. Otra tema es la integración o segregación de la circulación de los coches y la de los peatones (permitir que el coche llegue hasta la puerta de la casa o crear un espacio libre de coches en las zonas residenciales)
3. Atraer o repeler: los espacios públicos (de la ciudad y de las zonas residenciales) pueden ser atractivos y fácilmente accesibles o no, dependiendo de cómo sea la transición desde el espacio público al privado. Cuando las transiciones son suaves con espacios semipúblicos intermedios (ejemplo, los jardines delanteros, los parques semiprivados, los ventanales de los escaparates, etc.), esta atracción es mayor
4. Abrir o cerrar: El contacto entre lo que esta pasando en las viviendas, tiendas , talleres y edificios comunitarios contiguos puede suponer un aumento de las posibilidades de experiencias. La plazas interiores, calles y galerías comerciales privadas son un ejemplo de urbanismo de cierre, cuyo resultado es la dispersión de la gente y el empobrecimiento del espacio publico.
5. Proteger o exponer: un lugar agradable es el que esta protegido frente a la inseguridad (delincuencia, tráfico rodado) y las condiciones climáticas



Una oportunidad para mantener los contactos establecidos
www.arqlibros.com

Oportunidades para mantener los contactos establecidos. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio público". Editorial Reverte. Barcelona 2013

Actividades en el espacio público

Diferentes tipos de actividades que se pueden hacer en los espacios públicos, tienen diferentes tipos de exigencias:

1. Caminar: exige espacio suficiente, pavimentación adecuada, *distancias físicas* no excesivas, pero también *distancias experimentadas* (para muchos un tramo de más de 500 metros en línea recta, desprotegido y aburrido, es un trayecto poco atractivo). También exige protección frente al tráfico rodado, evitar diferencias de nivel o escaleras y tener en cuenta la protección frente al mal tiempo (el valor de las calles porticadas del sur de Europa que dan sombra y protegen de la lluvia)
2. Estar de pie: puede ser una actividad cotidiana necesaria (delante de un semáforo en rojo o pararse para hablar con alguna persona conocida a la que hemos encontrado) o una opcional (para observar o disfrutar de un entorno). Estas últimas exigen una cierta calidad del espacio: estar de pie junto a la fachada de un espacio o en una zona de transición (*el efecto borde*: nos paramos cuando nos podemos apoyar en algo, tenemos la espalda protegida, y un campo visual amplio)
3. Estar sentado: solo cuando hay oportunidades para sentarse puede haber estancias de larga duración. Por eso, la gran importancia de los bancos y de las terrazas para la vida comunitaria. El acto de sentarse, así como el de caminar, tiene mayores exigencias que el de estar de pie. Los bancos tienen que situarse en espacios protegidos orientados hacia donde pasan cosas y personas
4. Ver, oír y hablar. Ver es una cuestión de distancia y de luz. Los espacios que favorecen el agrupamiento facilitan las distancias cortas, que junto con la iluminación adecuada, favorecen el contacto visual. El oír estará determinado por el ruido de fondo. Las calles peatonales sin el ruido de los coches permite mantener una conversación, oír música, oír hablar a la gente y jugar a los niños. Hablar: las conversaciones que más están determinadas por el espacio exterior no son las que tenemos con amigos y vecinos que pasan, sino las posibles conversaciones con desconocidos. Estas pueden empezar cuando nos encontramos a gusto, ocupados en la misma cosa, como estar de pie o sentados uno al lado de otro o mientras nos dedicamos a la misma actividad. Son las que tienen más valor en la salud comunitaria, las que crean lazos entre personas desconocidas, las que son una potente herramienta frente a la soledad no deseada. Curiosamente, son las que nos han enseñado desde nuestra primera infancia a temer y a evitar. ¿Porqué será?



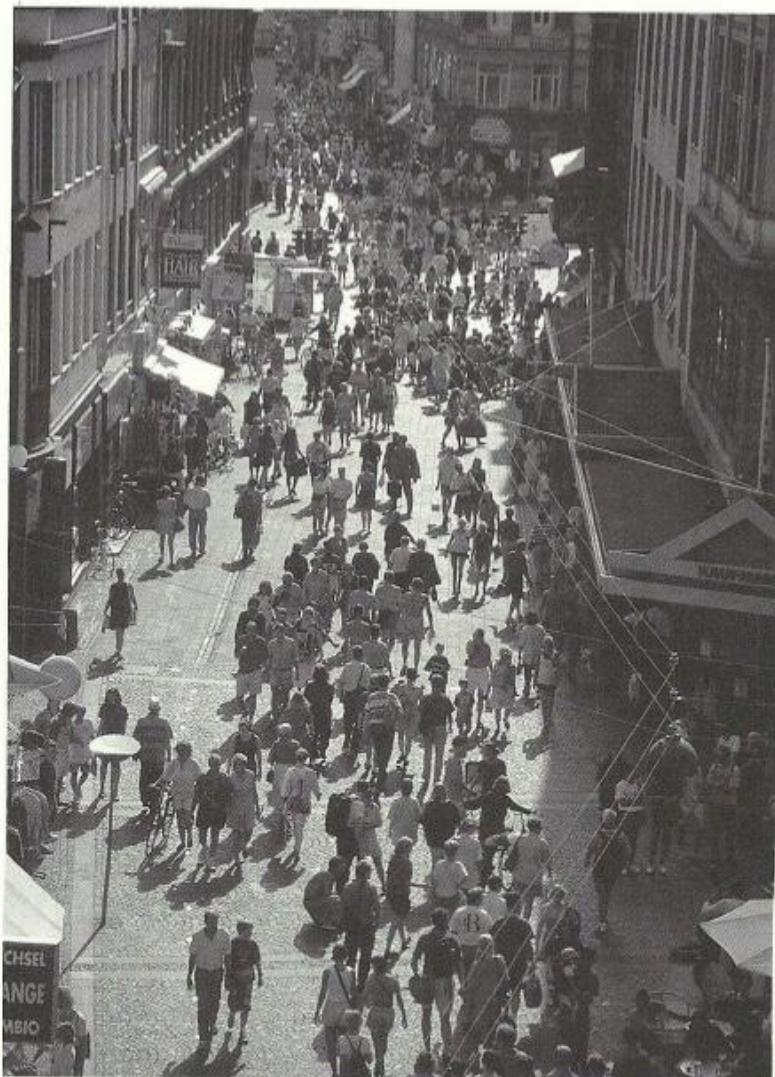
Las distancias se usan para connotar distintas relaciones entre las personas. Expresiones como 'amigos íntimos' o 'mantener a alguien a una distancia prudencial' indican el grado de intimidad alcanzada. De igual modo, los espacios pequeños tienden a percibirse como cálidos y personales. Las dimensiones pequeñas permiten ver y oír a otras personas; y en los espacios pequeños se puede disfrutar de los detalles y del conjunto. Por el contrario, los espacios grandes se perciben como fríos e impersonales; los edificios y también las personas 'se mantienen a cierta distancia'.

Arriba: London Court, Perth, Australia.
Abajo: La Défense, París.



Las pequeñas dimensiones equivalen a calidez y espacios íntimos

Las pequeñas dimensiones equivalen a calidez y espacios íntimos. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio público". Editorial Reverte. Barcelona 2013



Tanto las autopistas como los paseos peatonales tienen un volumen de tráfico de 85 personas por minuto. En los paseos, sin embargo, en cada momento hay más de veinte veces más personas a la vista, porque hay mucha gente de pie y sentada, y porque la velocidad de desplazamiento es de 5 kilómetros por hora en lugar de 100 kilómetros por hora.



Tráfico lento significa ciudades animadas

Trafico lento significa ciudades animadas. Para favorecer las relaciones sociales lo importante no es el volumen de personas por minutos en un lugar, sino la velocidad de desplazamiento y, por lo tanto, el tiempo de contacto. Fuente: Jan Gehl. "La humanización del espacio público". Editorial Reverte. Barcelona 2013

Capítulo 23: Qué es la salud comunitaria (en 5 frases) ¹⁰⁷

1. ¿Sabes que en tu vecindario (o barrio o pueblo o...) hay mucha gente con talentos?
2. ¿Sabes que en tu vecindario (o barrio o...) hay mucha gente interesante?
3. ¿Sabes que si os relacionaseis de otra forma podríais ayudaros los unos a los otros?
4. ¿Sabes que si os relacionaseis (y os organizaseis) de otra forma podríais hasta cambiar vuestro vecindario (o barrios o...) y vuestras condiciones de vida?
5. ¿Sabes que si os relacionaseis (y os organizaseis) de otra forma podríais hasta estar más sanos y vivir más años y mejor?

107 Publicado en el blog "Salud Pública y otras dudas" el 23 de abril de 2017