

### Trabajo social y prevención del SIDA: Estrategias para la evaluación de programas desde una perspectiva comunitaria

Isidro Maya Jariego, Fran Santolaya, Daniel Holgado & Antonio Gavilán  
Laboratorio de Redes Personales y Comunidades  
Universidad de Sevilla

Este caso práctico es un ejemplo de la puesta en marcha de estrategias de evaluación de programas desde la óptica de la potenciación comunitaria (*empowerment evaluation*). Se analiza el diseño, el desarrollo y los hallazgos del plan de prevención del SIDA de un barrio con necesidades de transformación social, compuesto mayoritariamente por población inmigrante. La utilización de una estrategia de potenciación permitió identificar aspectos innovadores en la evaluación de las iniciativas llevadas a cabo. También sirvió para superar las barreras en la implementación de las actividades, así como para lograr el compromiso de los grupos de interés implicados. Esta experiencia muestra la utilidad de las estrategias participativas en la transferencia de los resultados. Al comentar el caso discutimos el papel de los profesionales del ámbito sanitario en la evaluación de los servicios públicos de salud.

La evaluación de programas es una de las herramientas básicas de la práctica profesional del trabajo social.<sup>1</sup> Los investigadores y los profesionales de la intervención social necesitan estrategias con las que implicar a los diferentes grupos de interés en el diseño, la implementación y la transferencia de resultados desde el ámbito científico a la práctica profesional.

En esta experiencia, se llevan a cabo actividades de evaluación continua de una iniciativa de los servicios de salud para la prevención del VIH. La evaluación se ajustó a la visión de los colectivos participantes. Al mismo tiempo, sirvió para dotar a los equipos profesionales de competencias con las que dinamizar el proceso.

Con este caso pretendemos ilustrar el impacto de la evaluación formativa y participativa en la mejora de la implementación de programas.

**Antecedentes.** En un contexto de alta prevalencia del VIH, el Instituto Regional de la Salud (IRS), responsable del Plan Regional contra las Drogas, puso en marcha una experiencia piloto de evaluación de una de sus actuaciones. Con ello se quería definir un modelo de evaluación para otras iniciativas. La experiencia piloto se llevó a cabo con un

programa de prevención comunitaria del SIDA dirigido a población inmigrante en zonas de actuación preferente. Se trata de un contexto en el que la tasa de contagio de SIDA se ha incrementado notablemente en los últimos años. Con frecuencia el contagio está asociado con el consumo de drogas por vía intravenosa (debido al intercambio de jeringuillas). Por lo demás, es una zona donde se registran –entre colectivos, en la población consumidora de drogas- problemas de delincuencia y marginación, junto con dificultades para mantener un empleo estable.

El IRS creó una comisión de trabajo, constituida por representantes de diferentes instituciones, profesionales de la salud, grupos de investigación universitarios y asociaciones. Entre los representantes de la sociedad civil se contaba la Federación Liga Urbana contra la Droga, que agrupa a un conjunto de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prevención y la promoción comunitaria. También participaba la asociación Integra, dedicada a la promoción de la salud con población inmigrante.

**Revisión de buenas prácticas.** La primera fase de la intervención consistió en revisar las prácticas interventivas realizadas hasta ahora. En la mayoría de los Centros de Salud, se atendía a la población facilitando recursos (condones, folletos informativos, derivación a especialistas, jeringuillas, etcétera) de una manera arbitraria e indiscriminada.

<sup>1</sup> Este caso práctico ha sido adaptado a partir de Secret, M; Jordan, A; & Ford, J. (1999) Empowerment Evaluation as a Social Work Strategy. *Health and Social Work 24* (2) 120-127.

El equipo técnico realizó una propuesta coherente con la desarrollada por el Centro Provincial de Drogodependencias, que trataba de estructurar las intervenciones en función de diferentes “fases conductuales” (Prochaska y DiClemente, 1986). Dicho modelo propone una tipología de quienes consumen drogas de forma abusiva, en cinco categorías:

1. Sin intención de cambio.
2. Cierta conciencia del problema pero alta resistencia al cambio.
3. Intención de realizar algún cambio en un futuro cercano.
4. En acción: en proceso de modificación de conductas.
5. Mantenimiento (o prevención de una recaída).

Como estrategia de intervención, se propuso incorporar este planteamiento teórico, de manera que el equipo de trabajadores sociales de un centro de salud valoraría la fase más ajustada a las características de las personas usuarias y se adoptaría la medida de actuación prevista para cada momento. Por ejemplo, facilitar condones puede ser adecuado en la fase 4, mientras que iniciativas tales como el acompañamiento comunitario y la participación en actividades propuestas por organizaciones no gubernamentales podrían ser especialmente apropiadas en la fase 5.

En otras palabras, es la preparación individual para el cambio la que determina el tipo de intervención apropiada en cada caso.

**El plan de evaluación.** Durante un periodo de 4 meses, el equipo de trabajadores sociales llevó a cabo varias sesiones técnicas para la evaluación del programa. Se utilizó como documento de referencia la propuesta de evaluación *Getting to outcomes* (Chinman et al 2004, 2008; véase una versión en español en Maya Jariego, García & Santolaya, 2008).

Las hipótesis de partida incluían: (1) el modelo de fases conductuales permitiría una reducción de los factores de riesgo de los usuarios habituales de drogas en comparación con el método tradicional; y (2) los usuarios atendidos según el modelo de fases conductuales pasarían de una fase a la siguiente gracias a las intervenciones propuestas.

Para comprobar dichas hipótesis se puso en práctica un diseño cuasi-experimental. Se realizó una prueba piloto en un centro de salud, utilizando como grupo de comparación otro centro de un entorno socioeconómico similar donde se aplicaba el tratamiento tradicional.

Se diseñó un instrumento de recogida de datos, inspirado en el utilizado por el equipo técnico del Centro de Prevención de Drogas. Se trataba de un cuestionario para obtener información sobre la frecuencia y la duración de los comportamientos de riesgo asociados con el uso de drogas y el contagio del SIDA. También se entrenó a los trabajadores sociales en la entrevista en profundidad y el autoinforme, para conseguir uniformidad en la asignación de los comportamientos de los usuarios a las fases descritas por el modelo teórico. Finalmente se realizó una prueba de fiabilidad pre-test que contó con la valoración positiva por parte de los representantes de asociaciones y del equipo universitario. La recogida de información contaba con el consentimiento por parte de los participantes en el programa, garantizándose así la confidencialidad en el tratamiento y el uso de los datos personales.

Uno de los elementos más importantes del enfoque de evaluación consistió en tomar en consideración el punto de vista de los colectivos implicados: especialmente, las asociaciones comunitarias y los representantes de la población inmigrante. El estigma y los prejuicios asociados al consumo de drogas aumentan en el caso de la población inmigrante. Por eso la participación de los representantes del colectivo mejoró el ajuste cultural de las actividades de evaluación. También sirvió para movilizar a un sector de la población que tradicionalmente se encuentra con más barreras para la participación.

**Resultados.** La transferencia de los resultados de la evaluación al programa y a sus promotores es una cuestión esencial desde el enfoque de la potenciación comunitaria.

La validez interna de la evaluación se mantuvo a lo largo del proceso, tratando de resolver problemas inicialmente no previstos, tales como el alto índice de rotación del personal del Centro de Salud, inmerso en un concurso de traslado que alteró la composición y el perfil profesional de la organización. Por eso se organizaron sesiones de entrenamiento

específicas para el personal recién incorporado, tratando de transmitir los valores y principios que inspiraban el proceso de evaluación.

En la iniciativa, de un año de duración, participaron 246 personas en la prueba piloto, y un total de 252 en el grupo de comparación. Sin embargo, los porcentajes de seguimiento fueron escasos: 38 personas (15%) para la prueba piloto y 33 (13%) para el tratamiento convencional.

No obstante, hay que destacar que más del 80% de las personas que completaron el tratamiento superaron, al menos, una fase más de su itinerario personalizado; mientras que el 50% (19 personas) culminaron el proceso llegando hasta la fase final de mantenimiento. La escasez de datos no permitió una explotación estadística de los mismos, pero la experiencia parece mostrar que el sistema de evaluación contribuyó a mejorar la implementación de las acciones preventivas.

El programa continúa actualmente en funcionamiento, aunque se han revisado algunos aspectos. Por ejemplo, junto con las ONGs participantes, se ha diseñado un programa de acompañamiento comunitario, en el que aquellos usuarios que finalizaron el tratamiento reciben sesiones de entrenamiento como agentes de salud. Los agentes de salud actúan como facilitadores en la comunidad, siendo supervisados por los trabajadores sociales de los centros de salud en los que prestan servicios de acompañamiento. Entre sus actuaciones destaca la provisión de apoyo emocional (junto con otros recursos) a aquellos grupos de usuarios que abandonan el tratamiento. También participan en los programas de voluntariado de las asociaciones, tratando de capacitar a los colaboradores que proceden del propio entorno.

La experiencia positiva de la comisión despertó interés entre los representantes institucionales, de modo que decidieron ampliarla, incorporando a responsables de los servicios de empleo en la siguiente edición. Como resultado, se han establecido convenios con empresas de la zona, ofreciendo oportunidades de empleo a quienes han completado con éxito las distintas fases de tratamiento.

Uno de las cuestiones que amenaza la continuidad del programa es la escasa difusión del mismo, ya que depende íntegramente de financiación pública, y se han observado algunas reservas a la hora de generalizar estas prácticas a la red de Centros de Salud. Entre otras cuestiones, se menciona la diversidad de funciones y tareas que desempeñan los equipos de trabajadores sociales en los Centros de Salud. Generalmente se sienten sobrecargados de trabajo. Por una parte demandan formación y reciclaje en metodología para la intervención social. Por otra parte, la organización diaria del trabajo dificulta la sistematización de su práctica.

Como respuesta a esta situación, se están editando guías prácticas y documentos de trabajo que amplían la divulgación de esta iniciativa. También están sirviendo para hacer explícitas las competencias que requiere esta nueva forma de trabajo.

Curiosamente, se está estudiando crear una coalición similar para abordar el alto índice de absentismo escolar en barrios con problemas de escolarización, delincuencia y marginación. Esto es un indicador de que la metodología de trabajo elegida funcionó adecuadamente y puede trasladarse a otros contextos de aplicación.

<<<<<<< >>>>>>>

## Comentario del caso

Antes de aplicar el esquema del *Getting to Outcomes*, vamos a comentar el programa de acuerdo con (1) el modelo lógico de la intervención social, (2) los planteamientos de la evaluación participativa y (3) el modelo comunidad-práctica-resultados. Estos tres enfoques ilustran la complejidad de los elementos implicados en un proceso de intervención social.

### *El modelo lógico de la intervención*

Esta experiencia ilustra una práctica innovadora basada en la implicación del personal técnico, las instituciones, los grupos de usuarios y las asociaciones comunitarias en la definición, la

implementación y la evaluación de un programa de prevención de SIDA en un Centro de Salud. El planteamiento del programa es coherente con el marco lógico de la investigación-intervención psicosocial:

- (1) Existen evidencias sobre las *necesidades* de la comunidad que justifican la intervención: por ejemplo, el abuso de drogas, la delincuencia, la marginación, el contagio de sida, el desempleo, etcétera.
- (2) Se pone el acento en el *intercambio de recursos* entre participantes, personal técnico e investigadores: por ejemplo, el establecimiento de la coalición, la participación de ONGs y voluntariado, el entrenamiento del personal técnico, la toma de decisiones compartida, el contacto con el Centro Provincial de Drogodependencias, etcétera.
- (3) Se concibe la investigación como una *herramienta para la acción social*: los participantes y las asociaciones comunitarias definen las prácticas preventivas, se promueve el conocimiento y la concienciación social, se utiliza el *Getting to Outcomes* como marco de trabajo, la experiencia tiene un carácter piloto para mejorar el proceso de intervención, etcétera.
- (4) El dispositivo de *evaluación de la intervención* se emplea como sistema de mejora continua del programa: concretamente, documenta la efectividad del programa, facilita el entrenamiento y la reorganización del personal técnico de los centros de salud, prevé la generalización de aquellas actividades que han mostrado previamente su efectividad, etcétera.
- (5) Se generan *productos prácticos* para la comunidad: por ejemplo, la conexión con los recursos de empleo en la segunda edición del programa, la mejora de la calidad de las prestaciones del servicio de salud, etcétera.

#### *Efectividad y evaluación de programas desde una perspectiva participativa*

La evaluación del programa pretende incrementar la calidad de las prácticas de prevención del abuso de drogas y el contagio de SIDA que tienen lugar en un centro de salud de una zona de actuación preferente. El enfoque utilizado para la evaluación de esta prueba piloto pone el énfasis en el control por parte de los participantes del diseño y la gestión del programa. Concretamente, forman parte de las decisiones antes (*evaluación de necesidades*), durante (*evaluación del proceso*) y después (*evaluación de resultados*) de la ejecución del programa.

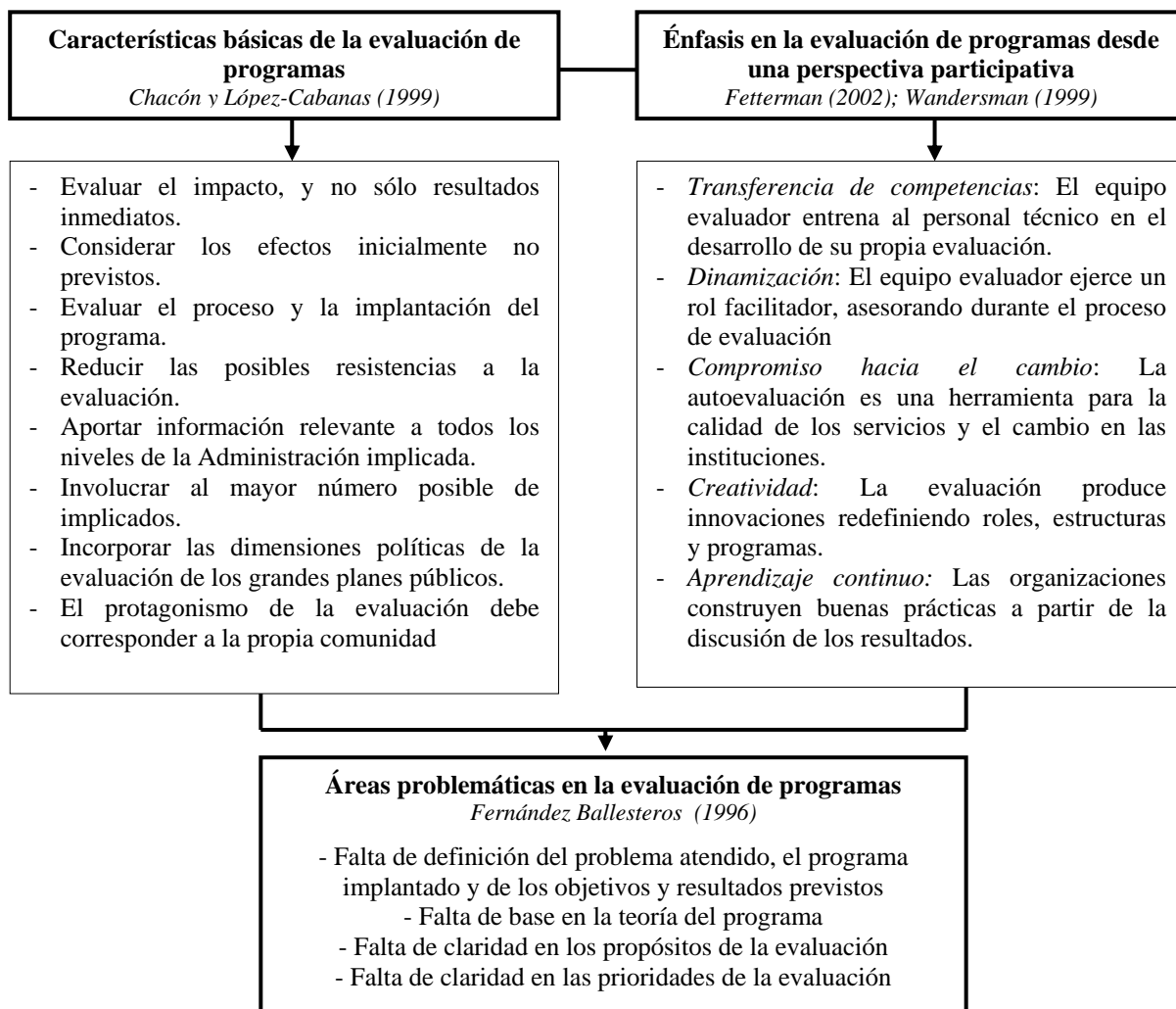
Esta perspectiva vincula íntimamente el desarrollo del plan de acción del programa y el sistema de evaluación, ya que las decisiones sobre las actividades del programa se realizan conjuntamente con la revisión del mismo. De ese modo, se establece un consenso sobre las consecuencias del programa en términos de resultados (los productos específicos) e impactos (las consecuencias sobre las necesidades identificadas).

El caso es un ejemplo de la relación entre la potenciación comunitaria, la mejora de la implementación y el aumento de la efectividad. Gracias a (1) una evaluación que permite la participación de los diferentes implicados, (2) la comunidad *se apropia* del programa; de modo que (3) la potenciación comunitaria mejora la implementación de las actividades preventivas, teniendo como resultado (4) un aumento en la efectividad de la intervención.

Con esta experiencia se pone a prueba la efectividad preventiva de un conjunto de protocolos de actuación a través de los cuales el centro de salud atiende a la población consumidora de drogas. Se pretende incidir en el control sobre el contagio del SIDA, teniendo en cuenta al mismo tiempo la atención a la diversidad de la comunidad inmigrante.

La evaluación constituye una oportunidad para el aprendizaje, para el intercambio de buenas prácticas y, en general, para la mejora de las estrategias de intervención. La experiencia muestra la utilidad del modelo de las fases conductuales en el diseño de las intervenciones. También muestra los beneficios de las coaliciones comunitarias.

La utilización de una estrategia de evaluación participativa conlleva tener en cuenta las dimensiones que se resumen a continuación:



#### *Aplicación del Modelo Comunidad-Práctica-Resultados (CPR)*

El caso ilustra la oportunidad de realizar investigación en el contexto natural de un centro de salud. De esa forma el estudio mejora en validez ecológica y contribuye a mejorar las actuaciones que se realizan sobre el entorno.

El éxito de esta iniciativa va más allá del logro de los resultados pretendidos (en términos de reducción de las prácticas de riesgo). Se trata también de mejorar los protocolos de actuación en el sistema público de salud. De ahí la importancia, por ejemplo, de:

- (a) Prever sistemas cooperativos de toma de decisiones,
- (b) la implicación del tejido social de la zona, o
- (c) el análisis de los puestos de trabajo del personal técnico responsable de la prestación de los servicios preventivos.

Todo ello parece estar promoviendo un nuevo modo de realizar intervención comunitaria desde el centro de salud. Más allá de la experiencia concreta, permite extraer prácticas generalizables a otros centros de salud y a otros contextos de intervención. En esta línea se han desarrollado modelos que pretenden ayudar a organizar las experiencias de intervención comunitaria.

El modelo Comunidad-Práctica-Resultados es una herramienta que puede contribuir a sistematizar las prácticas preventivas del SIDA en los centros de salud. Vemos un ejemplo en el siguiente gráfico:



## Análisis en diez preguntas

### 1. Describe la situación objeto de intervención e identifica las necesidades presentes en la comunidad.

El programa se desarrolla en un barrio catalogado como zona de actuación preferente, de acuerdo con los indicadores que la Administración regional utiliza para la definición de áreas geográficas con especial necesidad de transformación social. Esta categoría *normativa* lleva implícita la medición de una serie de características de la zona que le confieren una singularidad a los servicios públicos que allí se prestan. En este caso, el texto menciona explícitamente las condiciones de marginación, delincuencia y desempleo de la zona.

Además, el problema del contagio de SIDA es definido desde la perspectiva de los *factores de riesgo* que en determinados segmentos poblacionales se han observado. Concretamente se refieren al uso e intercambio de jeringuillas por parte de la población consumidora de drogas y a la escasa utilización de medios profilácticos en las relaciones sexuales. Este hecho adquiere una dimensión que ha llamado la atención de asociaciones y profesionales en el caso de la población inmigrante, cuyos niveles de acceso y uso de los servicios públicos de salud son peores que los de la población autóctona (*necesidades comparadas*).



La *pertinencia* del programa preventivo está, además, sostenida en el hecho de que la experiencia se enmarca en el Plan Regional contra las Drogas. No obstante, la argumentación que introduce el caso presta también atención a la descripción de las características de la prestación de recursos por parte del centro de salud. En este sentido, se menciona que es poco habitual evaluar los programas preventivos, que hay cierto desajuste entre los recursos que se ofrecen y las características de la población usuaria, y que existe además desconexión entre las actividades promovidas por las asociaciones del barrio y los programas del centro de salud.

Se ha hecho un esfuerzo significativo para contextualizar el problema desde la perspectiva de la calidad y la mejora continua de los programas preventivos del sistema público de salud. Los diferentes niveles del problema objeto de análisis están representados más arriba en el gráfico.

## **2. Enumera la finalidad, localiza la población diana y detalla los objetivos del programa.**

El propósito del programa consiste en disminuir la tasa de contagio de VIH a través de un programa de prevención comunitaria desarrollado por el Centro de Salud en la zona de necesidades de transformación social de su competencia.

Además, el programa se define como una propuesta piloto, con la que se pretende poner de manifiesto un conjunto de buenas prácticas que supondrían una innovación respecto a la prestación de los servicios tal y como se venían desarrollando hasta entonces. El establecimiento de estas buenas prácticas está fundamentado en un proceso evaluativo de marcado carácter participativo, que impregnará el diseño, la implantación y la evaluación del programa.

Se trata de promover hábitos saludables que eviten el contagio por parte de la población de riesgo (por ejemplo: usar condones, no intercambiar jeringuillas, difundir actitudes y motivaciones personales facilitadoras, etcétera). Para ello se requiere la revisión y el ajuste óptimo de las características disposicionales de la población usuaria a los recursos ofrecidos por el centro de salud. En este sentido, se podrían enumerar como objetivos instrumentales del programa los siguientes:

- Incrementar las competencias del equipo de trabajadores sociales responsable de la atención a la población usuaria del centro de salud.
- Implicar al conjunto de agentes sociales en el diseño, la implantación y la evaluación de las actividades, a través de la participación en una comisión mixta de seguimiento.

La visión del programa también persigue el establecimiento de un conjunto de buenas prácticas que no sólo se consoliden en el centro de salud piloto, sino que también sienten las bases sobre las que generalizar sus resultados al resto de servicios de atención primaria de la región.

La población diana viene definida como aquella con mayor riesgo de contagio de SIDA. Se enumeran un conjunto de factores de riesgo que describen a esta población como usuarios potenciales del programa. Son concretamente el intercambio de jeringuillas, el desconocimiento de las vías de contagio del VIH, las actitudes favorables hacia el cambio de comportamiento y los hábitos saludables de salud, la utilización de métodos anticonceptivos, etcétera. Además, se identifica la población de origen inmigrante como aquella más vulnerable y que requiere de una manera más específica la participación en los servicios públicos de salud.

## **3. Identifica modelos teóricos donde ubicar la intervención así como posibles lecciones aprendidas desde otras experiencias previas.**

El planteamiento lógico del programa se fundamenta en dos pilares, cada uno de los cuales desempeña un papel atendiendo a diferentes fases del ciclo de la intervención:

- Primero, la elección de un planteamiento de evaluación orientada hacia el empoderamiento definió la estrategia de intervención, su diseño y los criterios de efectividad.
- Segundo, la identificación de la buena práctica desarrollada en el Centro Provincial de Drogodependencia aportó protocolos innovadores de atención directa por parte del equipo de profesionales a la población diana.

En este apartado, pues, describiremos las contribuciones teórico-prácticas a través de las cuales se sostiene la validez teórica de la intervención, de acuerdo con el análisis de varios elementos:

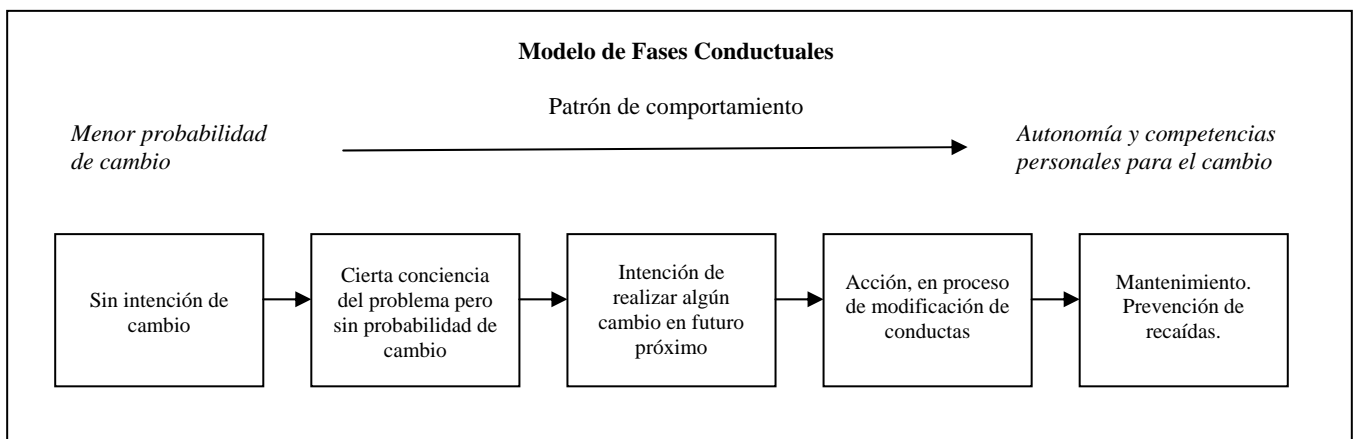
*a.- Evaluación de programas y estrategias de empoderamiento (empowerment evaluation)*

La utilización de una estrategia participativa de evaluación de programas impregna la filosofía, visión y misión del programa, hasta el punto de que se utiliza incluso para evidenciar el éxito de una intervención preventiva en el contexto de un centro de salud. Las características definitorias del empoderamiento aplicado a la evaluación de programas en este caso práctico vienen determinadas por:

- (1) El control del proceso evaluativo y de los resultados es asumido por parte de los grupos implicados;
- (2) Se evidencia la efectividad de los programas desde la visión de los protagonistas; y
- (3) Se orienta la transferencia de conocimientos desde la evaluación hacia la gestión del programa y hacia las características de la prestación de servicios por parte de los centros de salud.

*b.- Identificación y sistematización de buenas prácticas. El caso del Modelo de Fases Conductuales.*

A su vez, el equipo técnico valoró significativamente las prácticas de diagnóstico y atención primaria desarrolladas por el CPD, a través del cual se estructuran diferentes niveles de tratamiento, de acuerdo con una lógica de cambio comportamental secuenciado según la propuesta de Prochaska y DiClemente (1986):



**4. Comprueba si se pusieron en práctica estrategias para ajustar los modelos teóricos y experiencias prácticas a las características de la comunidad y al contexto de la intervención.**

El programa trata de implantar protocolos de diagnóstico y tratamiento de acuerdo con el planteamiento teórico anteriormente descrito. En segundo lugar, dedica recursos de la evaluación a la demostración empírica de su validez. Por otro lado, la evaluación participativa y centrada en el contexto permite identificar las necesidades de la población diana y la distribución de recursos entre la población. La evaluación, finalmente, tiene un impacto en la organización: resulta significativo contar con el compromiso de los responsables del centro de salud, además de fortalecer las competencias formativas del personal técnico implicado en el programa.

La participación de algunas ONGs de la zona (como es el caso de la asociación Integra dedicada a la atención de la población inmigrante; o el de la Federación Liga Urbana contra la Droga, también con presencia en el barrio) avalan el ajuste del programa en el contexto del barrio y las peculiaridades de la población atendida.

No obstante, si bien el texto señala como factor de riesgo los problemas de acceso de los

inmigrantes a los servicios de salud, no hace explícitas cuáles son las características y las vías de acceso que van a ser consideradas en el programa. Sería de interés en ese sentido describir la cobertura del programa, junto con los problemas de accesibilidad.

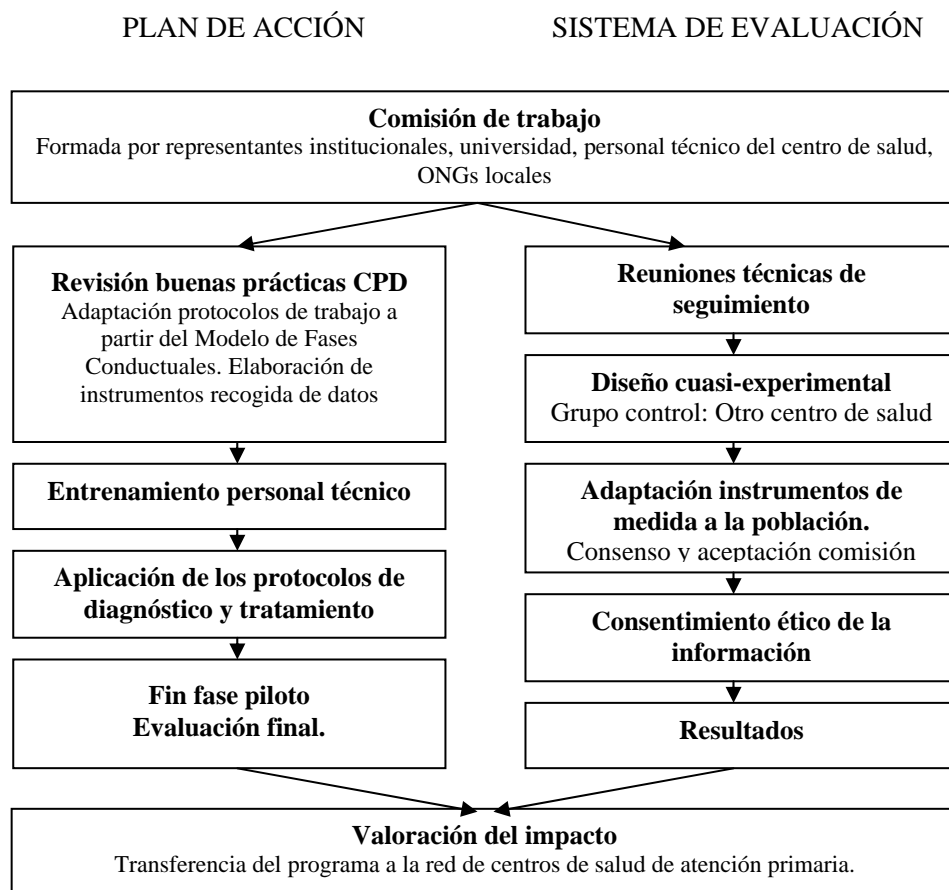
### 5. Analiza cómo afectan los aspectos organizativos al funcionamiento y gestión del programa.

La organización del programa estuvo bajo el control de una comisión mixta de seguimiento, que, a modo de coalición comunitaria, tomaba decisiones sobre la implantación del programa (con el valor añadido de que estaban representados los diferentes grupos de interés). Esta comisión fue asesorada por un equipo de investigación universitario, en un clima favorable al desarrollo de una visión compartida sobre los objetivos de la intervención.

El marco de trabajo de las coaliciones comunitarias está ampliamente descrito en la literatura sobre intervención social. En este caso, viendo los antecedentes, parece oportuno y pertinente constituir una coalición comunitaria. Al parecer, tuvo un papel destacado facilitando la toma de decisiones en momentos clave del programa (por ejemplo, adaptando las actividades a la rotación del personal del centro de salud y el traslado del equipo técnico del proyecto). Hubiese sido de interés realizar una valoración de la satisfacción de los participantes en la coalición con el desarrollo y funcionamiento de la misma.

### 6. Esquematiza el plan de acción del programa.

El equipo promotor de la iniciativa menciona la Guía *Getting to Outcomes* como fundamento para organizar el conjunto de actuaciones. La filosofía del programa vincula íntimamente las fases de la intervención con las actividades evaluativas, de manera que están finamente imbricadas durante el diseño, la implantación y la evaluación de las actividades. Por razones didácticas, presentamos en el siguiente esquema tanto la secuencia del plan de acción del programa como las iniciativas propias del sistema de evaluación, que pasaremos a comentar pormenorizadamente en el siguiente punto del guión de trabajo:



## **7. Localiza y describe el sistema de evaluación de la intervención propuesta.**

El sistema de evaluación empleado en el programa se basa en una lógica eminentemente participativa, orientando el plan de actividades hacia el cambio social a nivel individual (participantes), organizativo (competencias del personal técnico) y comunitario (transferencia de resultados a la red de atención primaria de centros de salud en zonas con necesidades de transformación social).

Varios indicadores de preparación comunitaria parecen informar de la disponibilidad de la comunidad hacia este tipo de evaluación:

- (1) El compromiso de los representantes institucionales;
- (2) El asesoramiento técnico por parte del equipo universitario;
- (3) La visión compartida del problema, fines y estrategia de intervención;
- (4) El liderazgo efectivo, y la participación en la toma de decisiones desde el primer momento;
- y
- (5) El sentido de comunidad, en términos de pertenencia y ajuste a los valores y a la idiosincrasia de la zona.

Alguna de las críticas que se formulan a este enfoque de evaluación tiene que ver con el sacrificio de la validez interna en favor de parámetros más contextualistas. En ese sentido, cabe mencionar algunos elementos que aumentan las garantías del procedimiento de evaluación: es el caso de la combinación de herramientas cualitativas y cuantitativas, así como el establecimiento de indicadores de resultados con un diseño cuasi-experimental de evaluación.

También cabe señalar la preocupación del equipo promotor por asegurar la confidencialidad y el anonimato de la información registrada durante el proceso de investigación.

## **8. Valora el resultado de las intervenciones.**

Los resultados obtenidos parecen positivos. Se informa de cierta disminución en los factores de riesgo y de cambios en la dirección de las fases superiores del modelo de las fases conductuales. Sin embargo, se observó un descenso acentuado en los niveles de participación de la población diana durante las sesiones de seguimiento, tanto en el grupo piloto como en el grupo de comparación. Este hecho limitó las posibilidades de análisis estadístico posterior. Quizás se echa en falta valorar la cobertura y las condiciones de acceso al programa. La tasa de abandono debería hacer pensar sobre la definición de las características de la población diana y de las condiciones de uso del centro de salud.

Tampoco hay información operativa sobre otras variables que fueron objeto de análisis durante el programa: por ejemplo, las competencias formativas del equipo técnico, la satisfacción de los grupos implicados, la sobrecarga laboral del equipo de trabajadores sociales, etcétera. En cualquier caso, cabe destacar la valoración positiva del conjunto de agentes implicados, que llegan a formular iniciativas conjuntas de acompañamiento comunitario o a proponer vínculos entre los centros de salud y otros recursos públicos, como los programas de empleo.

## **9. Incorpora medidas de cara a incrementar la calidad de las intervenciones en el futuro.**

El programa muestra niveles de efectividad suficientes para la población que finaliza el tratamiento. Sin embargo, habría que revisar aquellos aspectos que explican el abandono del tratamiento por parte de la población participante. Además, se observa un potencial positivo en los aspectos de funcionamiento y coordinación interna, gracias a la dinámica de trabajo cooperativo llevada a cabo en la coalición comunitaria.

Se podría profundizar en el análisis de los resultados en la medida en que se valoraran otros aspectos, entre los cuales citamos los siguientes:

- Descripción más exhaustiva de la población diana, especialmente de la comunidad inmigrante, así como de los comportamientos que explican el uso y acceso al centro de

- salud como recurso preventivo.
- Valorar las dinámicas de colaboración e intercambio llevadas a cabo en la coalición comunitaria.
  - Conocer de manera explícita el grado de satisfacción de la población inmigrante que inicia y finaliza el tratamiento.
  - Iniciar el proceso de transferencia de las prácticas innovadoras de esta iniciativa en el conjunto de centros de salud de la región.
  - Diagnosticar las necesidades formativas del rol profesional del trabajo social, incorporando las competencias necesarias para el desarrollo de programas preventivos en el ámbito del VIH con población inmigrante en zonas con necesidades de transformación social.

## 10. Valora los requisitos necesarios para la continuidad del programa.

El programa se encuentra aún en funcionamiento. Como hemos señalado, muestra indicios de efectividad en la tasa de éxito de aquellas personas que finalizaron el tratamiento. Conviene mencionar, en cualquier caso, el carácter piloto de esta iniciativa. Pueden surgir nuevas circunstancias en el proceso de transferencia a la red regional de centros de salud que iluminen otras cuestiones relevantes sobre la efectividad de la intervención. La continuidad del Plan Regional contra las Drogas, sobre el que no hay una mención explícita en el texto, es el marco de referencia para este programa.

Teniendo en cuenta los desajustes observados en la accesibilidad y el mantenimiento de la población beneficiaria, sería de interés reflexionar sobre el papel de los centros de salud como recursos de prevención. De hecho, el análisis de puestos de trabajo puede enriquecer las actividades a desarrollar en el programa. Resulta prometedor consolidar la línea de trabajo en torno a las coaliciones comunitarias, así como la implantación de metodología participativa en la evaluación de programas.

Finalmente, la participación de antiguos usuarios en actividades de acompañamiento, unido a las actividades de sensibilización y concienciación por parte del tejido asociativo pueden también contribuir al éxito en iniciativas futuras. Constituyen por tanto otro elemento abierto para extender la continuidad de la intervención e introducir mejoras en el futuro.

### Resumen

El programa trata de valorar la efectividad de un tratamiento preventivo en materia de SIDA en un centro de salud ubicado en una zona con necesidades de transformación social. El planteamiento teórico se sostiene en el Modelo de Fases Conductuales de Prochaska y DiClemente (1986) que trata de diagnosticar las características del cambio conductual de los usuarios en un conjunto secuenciado de segmentos, ajustando los diferentes recursos a las necesidades de la población, movilizándolo así a las personas a favor de la autonomía y el mantenimiento de hábitos saludables.

La estrategia de evaluación acompañó las diferentes fases de la intervención, facilitando el control y la toma de decisiones por parte del conjunto de grupos de interés implicados (universidad, personal técnico, ONGs, etc.). Se conformó una coalición comunitaria a modo de comisión de seguimiento, y se adaptaron cuestionarios y otras técnicas de recogida de datos utilizándose como grupo control a otro centro de salud de similares características (diseño cuasi-experimental).

Los resultados fueron positivos para aquellas personas que finalizaron el tratamiento, si bien no explica la alta tasa de abandono. Se proponen iniciativas futuras basadas en el acompañamiento comunitario desarrollado por parte de antiguos usuarios (mediación comunitaria) en colaboración con ONGs, así como una mayor implicación de la población en general (programas de voluntariado) como medidas futuras. El programa piloto se está llevando a cabo en la actualidad, por lo que aún no se dispone de datos acerca de la transferencia de esta práctica a la red regional de centros de salud.

## Preguntas para el debate

¿Conoces alguna coalición comunitaria similar a la descrita en el caso práctico? ¿Has participado en alguna de ellas? ¿Cuál fue tu valoración?

¿Qué opinión te merece el sistema de evaluación propuesto? ¿Consideras viable dotar a la comunidad de instrumentos de toma de decisiones acerca de los programas en los que participan? ¿Y el papel del tejido asociativo? ¿Conoces experiencias similares de implicación de asociaciones en colaboración con el centro de salud?

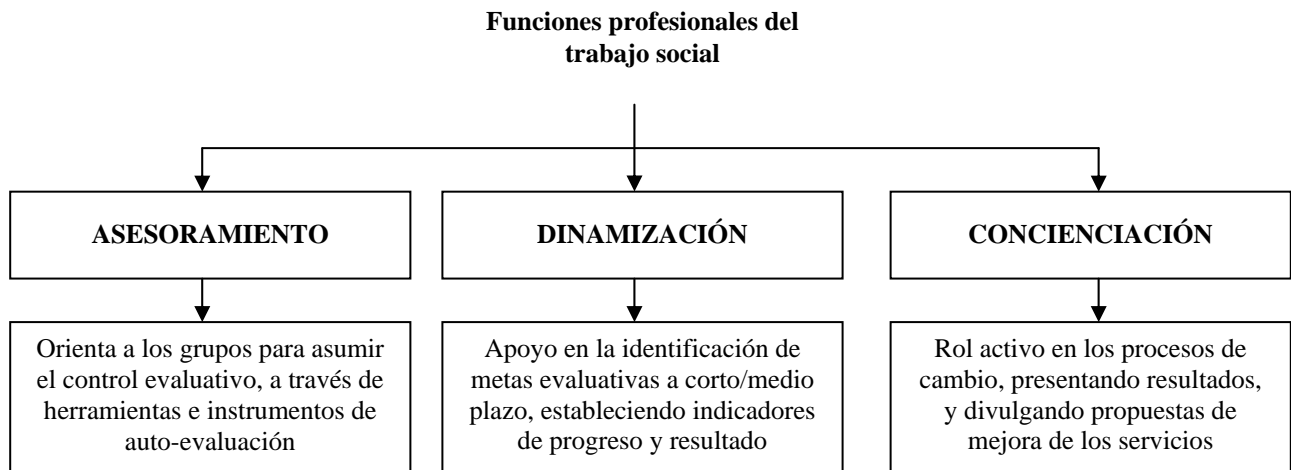
Valora el papel del equipo de trabajadores sociales del centro de salud. ¿Desarrollas habitualmente tareas preventivas? ¿Cuáles son las claves para la innovación y la mejora continua de los centros de salud en áreas de transformación social?

## Transferencia a la práctica del trabajo social

De esta experiencia se pueden extraer algunas conclusiones para la intervención desde el ámbito del trabajo social en los centros de atención primaria. Algunas de las funciones desarrolladas por parte del equipo técnico las describimos a continuación:

- Identificar necesidades en la comunidad.
- Dinamizar sesiones de trabajo en grupo y la comisión de seguimiento.
- Diseño y aplicación de instrumentos de recogida de datos.
- Asegurar las garantías éticas, de confidencialidad y de consentimiento de las personas participantes en las actividades..
- Conectar los recursos del centro de salud con el conjunto de servicios.

En resumen, las funciones que un profesional del trabajo social puede desarrollar en programas de prevención y desarrollo comunitario como el que hemos examinado podrían ser, entre otras, las siguientes:



## Para saber más

Campbell, R. et al (2004). An empowerment evaluation model for sexual assault programs: empirical evidence of effectiveness. *American Journal of Community Psychology*, 34 (3/4), 251-262.

Chinman, M; Imm, P; Wandersman, A; y De la Torre, A. (2004). *Getting to Outcomes. Promoción de Responsabilidad a Través de Métodos y Herramientas de Planificación, Implementación y Evaluación*. Rand Health.

Disponible en: [[http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/2005/RAND\\_TR101.1.pdf](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2005/RAND_TR101.1.pdf)]

Fernández Ballesteros, R. (Ed.) (1996) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

Fetterman, D.M. (2002) Empowerment evaluation: Building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Community Psychology*, 30, 89-102

López-Cabanas, M; y Chacón, F. (1999) *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales. Un enfoque participativo*. Madrid. Síntesis

Maya Jariego, I., García, M. & Santolaya, F. J. (2007). *Estrategias de intervención psicosocial. Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986) Toward a comprehensive modelo f change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating addictive behaviours* (pp. 3-27). New York: Plenum.

Wandersman, A. (1999) Framing the evaluation of health and human service programs in community settings: Assessing progress. *New Directions for Evaluations*, 83, 95-102

Waring, B; Cwik, Y. & Burzynski, R. (2002). *Manual para el Trabajo en Red sobre VIH/SIDA*. Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO). Toronto, Ontario.

Traducido al español por Juan Jacobo Hernández y Anuar Luna. Disponible en:  
[http://www.icaso.org/docs/ICASONetworkingGuide\\_SP.pdf](http://www.icaso.org/docs/ICASONetworkingGuide_SP.pdf)

## Para citar este caso práctico

Este caso es de libre difusión, y se puede utilizar para fines formativos y docentes siempre que se mencione la fuente. Utilice, por favor, la siguiente referencia:

Maya Jariego, I., Santolaya, F., Holgado, D. & Gavilán, A. J. (2008). Caso práctico comentado: Trabajo social y prevención del SIDA: Estrategias para la evaluación de programas desde una perspectiva comunitaria. *Proyecto Modelo Comunidad-Práctica-Resultados en la mejora de la implementación de programas de los trabajadores sociales en los Centros de Atención Primaria*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.