

APLICACION DEL METODO DEL PROCESO NEGOCIADO A LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD DE LA MUJER¹

Joan Reeves,² Alice J. Dan,²
Elizabeth Keys³ y Swallem Hennein⁴

Desde 1984, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois en Chicago ha impartido el curso "La salud de la mujer: un método de atención primaria de la salud". Los objetivos del curso han sido elaborar un modelo para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres residentes en medios urbanos de los países industrializados y enseñar a estudiantes de posgrado de diversas carreras relacionadas con la salud a trabajar como un equipo interdisciplinario con un grupo de mujeres de la comunidad. En esta actividad se ha utilizado el método del proceso negociado, cuyo fin es capacitar a los alumnos y al grupo comunitario para trabajar conjuntamente y por separado en la solución de los problemas de salud detectados. Durante el curso impartido en 1985, se aplicó este método para analizar el problema del maltrato de la mujer en una comunidad latinoamericana. Aunque los resultados fueron satisfactorios, se deben realizar otras experiencias similares para determinar su utilidad con mayor precisión.

En el verano de 1984, un grupo de profesores de la Escuela de Enfermería y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois preparó el curso interprofesional "La salud de la mujer: un método de atención primaria de la salud", basado en el criterio de atención primaria de salud (APS) de la Organización Mundial de la Salud (1-3). Los objetivos más importantes del curso fueron: en primer lugar, elaborar un modelo para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres residentes en medios urbanos de

los países industrializados, empleando un equipo interdisciplinario de salud; en segundo lugar, enseñar a estudiantes de posgrado de diversas carreras relacionadas con la salud a trabajar como un equipo interdisciplinario con un grupo de mujeres de la comunidad. El personal docente deseaba encontrar un modelo aplicable a situaciones en las que intervienen varios grupos y que, al mismo tiempo, respaldara la labor de las mujeres de la comunidad que trabajan con un equipo de profesionales de la salud. Una característica singular del curso fue la aplicación del nivel de atención primaria de la salud en un medio urbano de los Estados Unidos de América, dado que este nivel de atención suele emplearse en los medios rurales de los países en desarrollo (4).

¹ Trabajo financiado por el Comité de Educación Interprofesional de la Universidad de Illinois en Chicago.

² Universidad de Illinois en Chicago, Escuela de Enfermería. Dirección postal: 845 S. Damen Avenue, Chicago, IL 60612, EUA.

³ Universidad de Illinois en Chicago, Servicio de Orientación.

⁴ Universidad de Illinois en Chicago, Escuela de Salud Pública.

EXPERIENCIAS

Desde 1984, el curso se ha impartido cada verano a un promedio de seis estudiantes, aunque pueden admitirse hasta un máximo de 10. Cada estudiante obtiene cuatro créditos si completa las 10 semanas del curso y dedica un total de 120 horas aproximadamente a las clases, trabajos de campo, preparación de conferencias, seminarios y trabajo en la comunidad.

En el verano de 1985 se impartió un curso sobre salud de la mujer en el que un grupo de especialistas en atención primaria de salud, salud de la mujer, salud ambiental y formación de equipos interdisciplinarios, sirvió a los estudiantes como modelo del funcionamiento de un equipo interdisciplinario. Varios asesores externos pronunciaron conferencias y proporcionaron informaciones sobre nutrición, violencia contra la mujer, mujer y poder, y problemas culturales específicos relacionados con la salud.

El curso se estructuró para presentar la mayor parte del material didáctico a su inicio y para concentrar la labor posterior en el desarrollo, ejecución y evaluación de un proyecto en la comunidad. El sábado de la primera semana se realizó un taller de cinco horas de duración para que los estudiantes se comunicaran entre sí y para incluir el material de las conferencias. Los estudiantes trabajaron un promedio de seis horas semanales en la comunidad (menos al principio, y más en la etapa de ejecución), tres de las cuales estaban destinadas a la práctica en grupo y las tres restantes a otras actividades. Asimismo, se impartió un seminario semanal de una hora de duración, dirigido por un psicólogo especializado en dinámica de grupos y en formación de equipos interdisciplinarios, cuyo fin era ofrecer oportunidades para formar un equipo profesional, establecer objetivos, acordar funciones, adoptar decisiones y evaluar resultados. Además de asistir a las

clases, al seminario y participar en el trabajo de campo, los estudiantes estaban obligados a evaluar las necesidades de salud de las mujeres de la comunidad y redactar un trabajo final sobre su experiencia.

El primer grupo que participó en 1984 estaba constituido por dos mujeres estudiantes de enfermería y cuatro de salud pública y el segundo, en 1985, por dos hombres (un médico coreano y un estudiante de medicina estadounidense) y cuatro mujeres, dos enfermeras (provenientes de Corea y Bahrein respectivamente) y dos estudiantes de salud pública.

Durante esos dos primeros años de la experiencia, el trabajo de campo se realizó conjuntamente con un pequeño organismo local de origen comunitario que prestaba servicios a mujeres urbanas latinoamericanas (por ejemplo, programas para mujeres maltratadas y adolescentes, de orientación laboral, etc.). Los estudiantes establecieron contacto con mujeres de la organización (directora, miembros del consejo directivo, empleadas, personal que trabajaba con las adolescentes durante los veranos) y con algunas residentes y no residentes de ese medio urbano.

Durante los dos últimos años, los estudiantes han trabajado con un pequeño organismo de autoayuda formado por coreanos que lleva a cabo diversas actividades dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en la comunidad coreana. Los estudiantes trabajaron con un grupo de mujeres seleccionadas por el director del organismo. Muchas de estas mujeres estaban desempleadas y tenían un dominio escaso del inglés. En este caso se utilizaron traductores en todas las interacciones verbales y escritas entre los dos grupos.

Cada verano, los estudiantes del equipo interdisciplinario de salud trabajan con un grupo de mujeres de la comunidad durante todas las etapas de un proyecto. Los proyectos han sido limitados porque existen restricciones temporales (10 semanas) y económicas (el dinero disponible para la ejecución es limitado). En el primer curso, el grupo conjunto elaboró un directorio de los servicios sociales y de salud destinados a las mujeres, reorganizó y aumentó el volumen de una biblioteca especializada en la salud de la mujer y diseñó un taller con un guión bilingüe y diapositivas que ilustraban el cuidado de la salud durante el ciclo biológico. En el segundo curso, el grupo coordinó la presentación de una clase de educación para adultos de la comunidad sobre problemas relacionados con la violencia en el hogar. En el tercer verano, se formó un grupo de apoyo constituido por estadounidenses de origen coreano para ayudar a las mujeres coreanas, que facilitó la creación del Centro de Mujeres Coreanas. Durante el último verano, el grupo conjunto organizó una exposición sobre temas de salud en la comunidad coreana y elaboró planes para realizar actividades continuas de detección de problemas y necesidades, y de educación.

El proyecto final no fue en sí mismo la meta básica para los estudiantes. Los objetivos educativos del trabajo de campo hicieron hincapié en el proceso, en la experiencia que representaba para los estudiantes trabajar con mujeres de la comunidad y en el avance conjunto a través de las etapas de un proyecto. El cumplimiento de un programa concreto proporcionó a los estudiantes una perspectiva general del proceso y una oportunidad educativa muy valiosa.

EL METODO DEL PROCESO NEGOCIADO

El método del proceso negociado (MPN) es un modelo aplicable a situaciones en las que un equipo de atención de salud y un grupo de la comunidad trabajan conjuntamente para resolver problemas de salud de la comunidad (5) y es un instrumento para que los profesionales de la salud y los miembros de la comunidad compartan el control de la situación, perciban mejor sus necesidades y manejen eficazmente sus discrepancias (6, 7). La interacción entre los dos grupos se estructura en cada una de las etapas del proceso utilizando las técnicas de la dinámica de grupos que se enseñan al inicio del proceso.

El MPN no es un esquema teórico sino un sistema elaborado a partir de modelos prácticos o de tratamiento de tipo descriptivo y normativo más que analítico (8), y tanto los profesionales como los legos pueden utilizarlo de forma individual o conjunta. El proceso de grupos nominales (9) y el de atención de enfermería (10) constituyen dos ejemplos de este tipo de modelos. El método está constituido por 10 componentes basados en cuatro principios fundamentales: 1) la participación de la comunidad; 2) la negociación; 3) las etapas del proceso, y 4) los conocimientos profesionales y no profesionales.

El MPN fomenta la participación influyente, definida como la influencia compartida entre los dos grupos al determinar el contenido de una decisión, plan o solución, aunque los miembros no influyan en la decisión por igual. Esta definición se basa en la idea de ofrecer a los participantes la oportunidad de intervenir en el proceso y en la decisión. El aspecto fundamental parece ser el sentimiento de influencia que tiene el participante (11). El modelo no pretende solucionar conflictos sino identificar y utilizar las diferencias entre ambos grupos para orientarlos e intensificar las interac-

ciones entre los participantes. El intercambio de conocimientos y la consecución de acuerdos relacionados con las actividades que se van a realizar se logran permitiendo que ambos grupos utilicen concientemente la negociación en cada etapa. De este modo, las discrepancias que aparecen al inicio del proceso se atenúan a medida que se obtienen resultados. Cuando los grupos han decidido colaborar, se desarrollan las cinco etapas del proceso y se imparte una sesión educativa para cada grupo por separado.

Las etapas del proceso son: 1) identificación de la población beneficiaria; 2) planificación en colaboración con las mujeres; 3) elaboración de estrategias (como equipo y con el grupo); 4) ejecución de las actividades con la participación de las mujeres y, 5) evaluación realizada por las mujeres y el equipo de salud. Es importante mantener esta secuencia porque los resultados de una etapa constituyen los fundamentos de la siguiente. No obstante, los grupos pueden repetir el ciclo retrocediendo a una etapa anterior.

El conocimiento profesional se puede caracterizar por ser más restringido, concentrado y profundo que el conocimiento lego (12). El profesional emplea los conocimientos procesados para percibir e interpretar la realidad; el lego tiene un conocimiento íntimo y directo de su entorno (13). Por ejemplo, el profesional utiliza datos estadísticos como las tasas de mortalidad, mientras que el individuo lego conoce de las personas que han muerto en la comunidad. Gracias al intercambio de conocimientos, los miembros del grupo de la comunidad aprenden del saber especializado de los profesionales y estos entienden mejor las necesidades y los conocimientos de la comunidad. El modelo otorga el mismo valor a ambos tipos de conocimiento.

Componentes del modelo

El modelo está constituido por los siguientes componentes básicos: objetivo general, acuerdos negociados, colaboración, decisiones conjuntas, educación, participación conjunta, interacciones estructuradas entre los grupos, actividades de salud, asesoramiento del proceso y evaluación conjunta (4). Es muy importante que un asesor experto en el MPN inicie a los participantes en la dinámica de grupos, les enseñe las técnicas de la negociación basada en principios y contribuya a mantener las interacciones estructuradas entre ambos grupos. El MPN se comienza a aplicar cuando el equipo de profesionales de la salud y el grupo perteneciente a la comunidad acuerdan trabajar conjuntamente en una actividad de salud de la comunidad aún no determinada. Antes de comenzar la interacción, los grupos participan en actividades educativas planificadas que incluyen la información sobre la APS y el MPN, los principios de la negociación y la dinámica de grupos. Los dos grupos participan en estas actividades a través de interacciones estructuradas, toman decisiones utilizando acuerdos negociados, y convienen en una actividad de salud que se lleva a cabo y evalúa al mismo tiempo que el trabajo mancomunado (14).

Aplicación del método del proceso negociado

Durante el verano de 1985, se realizó un trabajo de campo con una organización de mujeres de origen latinoamericano. A un empleado de la organización se le asignó la responsabilidad de reclutar personas para este proyecto. El intervalo de edad de las seis participantes oscilaba entre 15 y 50 años y el grado de instrucción, entre dos años de escuela secundaria y la graduación de este ciclo. A cada grupo (el de estudiantes y el de mujeres de la comunidad) se le proporcionaron las pautas de aplicación del MPN en el trabajo de campo y se le

comunicó que, en cada etapa del proceso, dispondría de tiempo suficiente para trabajar por separado antes de interactuar en conjunto. Este mecanismo permitió destacar las diferencias entre ambos grupos antes de que comenzaran a trabajar para lograr un acuerdo. Se asignó un período de tres horas semanales para reuniones independientes y conjuntas, con el fin de conocer y analizar las ideas del grupo propio y valorar las distintas perspectivas del otro grupo.

Con las técnicas del "disparo de ideas", el interrogatorio de cada miembro y la expresión por escrito de las ideas, se estimuló a los participantes a compartir sus opiniones en las reuniones por separado. Estas

ideas se intercambiaban con las del otro grupo en las reuniones conjuntas posteriores durante las cuales se recurría a la negociación como método para llegar a un acuerdo. Asimismo, se estimuló a los participantes a consultar con el asesor cuando no pudieran resolver los problemas durante el proceso. A cada grupo le fue propuesto un esquema de actividades en la etapa de educación estructurada. De acuerdo con las decisiones tomadas y las restricciones de la situación se elaboró el programa revisado que figura en el cuadro 1.

CUADRO 1. Cronograma de actividades de un programa comunitario realizado por un equipo de salud interdisciplinario^a y una organización local de mujeres latinas, como parte del curso "La salud de la mujer: un método de atención primaria de la salud". Escuela de Salud Pública y Escuela de Enfermería, Universidad de Illinois en Chicago, 1985

Etapa	Semana	Actividades
Preliminar	Anterior al curso	Planeamiento de la colaboración por el director de la organización comunitaria y el coordinador docente de campo
	1	Programa educativo para estudiantes del equipo de salud Reunión del "reclutador" del grupo de mujeres, el asesor en MPN ^b y el coordinador docente de campo
Primera	2	Programa educativo para el grupo de mujeres de la comunidad
		Visita del equipo de estudiantes a la organización y recorrido por la comunidad
		3 Presentación de los grupos
		4 Identificación de problemas comunitarios y de criterios para seleccionarlos
Segunda	5	Continuación de los trabajos de la semana 4
	6	Selección de tres problemas, y definición de objetivos y soluciones
	7	Selección de un problema y elaboración de planes para resolverlo
Tercera	8	Formulación de estrategias para abordar el problema
Cuarta	9	Planificación, ejecución y evaluación del programa
		10
Quinta	11	Evaluación de la experiencia por ambos grupos
Final		Análisis conjunto de las evaluaciones por el coordinador docente del trabajo de campo y el personal encargado del programa

^a Estudiantes de posgrado de diversas disciplinas relacionadas con la salud.

^b Método del proceso negociado.

En la primera etapa, los estudiantes reunieron datos y materiales obtenidos de la comunidad. Las mujeres de la comunidad no obtuvieron datos adicionales y utilizaron sus experiencias y conocimientos sobre el medio. Cuando ambos grupos se fusionaron, decidieron aplicar la técnica del "disparo de ideas" para confeccionar una lista inicial de problemas de la comunidad e identificaron los siguientes problemas: embarazo en las adolescentes, alcoholismo y abuso de fármacos, violencia juvenil, barreras de idioma, maltrato de la mujer, enfermedades de transmisión sexual, fuga de adolescentes, desempleo, violación, depresión y frustración, y violencia en el hogar (maltrato de la esposa y los hijos). A continuación, los participantes formularon los criterios de selección de los problemas (el término "criterios" ha sido analizado en el programa educativo como un componente de la negociación basada en principios) y propusieron normas o pautas importantes que pudieran ser utilizadas para analizar cada problema. En las reuniones mantenidas por separado, los participantes propusieron algunos criterios que fueron analizados, aceptados y anotados en una lista. En una reunión conjunta posterior, revisaron las listas y negociaron la elaboración de una lista única confeccionada con los criterios escogidos. Ningún criterio incluido en las listas fue descartado por completo.

Utilizando el mismo enfoque se seleccionaron tres problemas: el maltrato de la mujer, el embarazo en las adolescentes y la aptitud de los padres para criar a sus hijos. Tras varios intentos de selección, utilizando un solo criterio en cada intento, se decidió aplicar una matriz y, por sugerencia de una mujer de la colectividad, los participantes asignaron a cada problema un sí, un no, o un signo de interrogación. El grupo conjunto decidió recopilar más información sobre los mismos durante la semana siguiente y, posteriormente, analizaron las relaciones existentes entre los tres problemas considerando el contexto local y las posibles

estrategias de ejecución. Las posibilidades de continuar las actividades después de que el equipo de salud se retirara de la organización influyeron en la selección del problema. Como esta disponía de dinero y dos de sus integrantes se dedicaban a asesorar sobre problemas relacionados con la violencia en el hogar y la violación, el grupo decidió analizar el problema de la mujer maltratada.

El equipo de salud y las mujeres de la comunidad continuaron empleando el MPN para proponer estrategias en reuniones separadas y, posteriormente, como grupo integrado, para negociar acuerdos sobre una en particular. La estrategia seleccionada consistió en educar a hombres y mujeres de la comunidad de origen latinoamericano sobre las causas del maltrato, los elementos disponibles para prevenirlo y los recursos para ayudar a la mujer maltratada. El grupo elaboró un programa sobre el tema que fue redactado en español y presentado a los adultos de otro organismo de la comunidad para que lo siguieran aplicando.

En la última reunión de interacción programada, los grupos analizaron por separado la experiencia realizada y a continuación expusieron sus ideas conjuntamente. También diseñaron un cuestionario que fue rellenado por todos los participantes del programa sobre mujeres maltratadas y sus resultados indicaron que la mayoría lo consideró útil y deseaba que se realizaran otras actividades sobre el tema. Asimismo, se analizaron las dificultades afrontadas, los aspectos positivos, los conocimientos nuevos aportados por el otro grupo y la experiencia que adquirieron trabajando conjuntamente.

CONCLUSIONES

El curso impartido en el verano de 1985 sobre salud de la mujer permitió estudiar las características de las interacciones que se establecieron entre un equipo de atención de salud y un grupo de mujeres de una comunidad latinoamericana mediante la aplicación del MPN. Los aspectos de mayor interés fueron: 1) el proceso de interacción entre los grupos y los cambios observados cada semana; 2) las modalidades de comunicación; 3) la percepción de la eficacia de la labor conjunta del propio grupo y de la del grupo conjunto; 4) el manejo de discrepancias, y 5) las formas de llegar a los acuerdos. Los datos para este estudio se obtuvieron mediante observación, grabación de cintas magnetofónicas durante las reuniones, aplicación del análisis de Bales de la interacción, empleo de una escala de la eficacia de grupo y análisis de las actividades y de los acuerdos (5). La evaluación se centró en los siguientes aspectos: 1) grado de satisfacción del grupo respecto al proceso y las actividades de salud; 2) "control compartido" en el proceso de interacción; 3) intercambio de conocimientos, y 4) valoración de las actividades de salud como factor de refuerzo de la autoconfianza de la comunidad.

Los participantes estimaron que la eficacia de ambos grupos y del conjunto integrado aumentó durante las siete etapas del proceso; los miembros consideraron que los conflictos se solucionaron manteniendo las interacciones en cada grupo y entre los dos grupos; ambos grupos mantuvieron su identidad; se pudieron negociar acuerdos y pasar a la siguiente etapa del proceso; se intercambió información basada en los conocimientos profesionales y legos, y la participación influyente de la comunidad resultó ser importante para generar la percepción

del "control compartido" en el proceso de interacción.

La evaluación del MPN demostró que el equipo de salud y el grupo de la comunidad podían emplear este método para trabajar conjuntamente en una actividad de salud de la comunidad. Hubo discrepancias entre ambos grupos que no se resolvieron, pero se manejaron eficazmente compartiendo el liderazgo. Todos los participantes expresaron su satisfacción con el MPN y consideraron que los dos equipos habían compartido la conducción del proceso.

Teniendo en cuenta el interés actual en la APS, es necesario investigar más a fondo las interacciones entre equipos de atención de salud y los grupos de la comunidad. Puesto que el MPN es un modelo de orientación práctica, su utilidad solo puede determinarse realizando una serie de experiencias de campo en circunstancias diversas. La educación proporcionada y el proceso de fortalecimiento del MPN parecen capacitar a los grupos participantes para trabajar por separado y en sesiones conjuntas. El asesor independiente del proceso constituye un elemento adecuado para fomentar la interacción entre los participantes.

REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata (URSS), 6 al 12 de septiembre de 1978. Atención primaria de salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra, 1978.
- 2 Dan, A., Keys, E., Reeves, J., Hennein, S., Holden, J. y Petty, J. An experimental course in the application of Primary Health Care concepts to women's health in an urban setting. In: *Proceedings of the Seventh Annual Conference on Interdisciplinary Health Team Care*. Chicago, University of Illinois, Interprofessional Education Committee, 1985, pp. 74-83.

- 3 Morley, D., Rohde, J. y Williams, G. *Practicing Health For All*. Oxford, Oxford University Press, 1983.
- 4 Reeves, J. S. *Use of a Negotiated Process Approach in Health Care Team-community Group Interactions*. Ann Arbor, Michigan, University Microfilms International, 1988.
- 5 Fisher, R. y Ury, W. *Getting to Yes*. Boston, Houghton Mifflin Co., 1981.
- 6 Dan, A. J., Bernhard, L. A. y Webster, D. B. Women's health. In: Dawkins, C. y Logan, B., eds. *Family-centered Community Nursing*. Nueva York, Addison Wesley, 1985.
- 7 Geiger, H. J. Community control—or community conflict. In: Hollister, R., Kramer, B. y Bellin, S., eds. *Neighborhood Health Centers*. Lexington, Massachusetts, Lexington Books, 1974, pp. 132-142.
- 8 Reid, W. y Epstein, L. *Task-centered Casework*. Nueva York, Columbia University Press, 1972.
- 9 Delbecq, A. L. y Van der Ven, A. H. A group process model for program identification and program planning. *J Appl Behav Sci* 7(4):446-490, 1971.
- 10 Griffith, J. y Christensen, P. *Nursing Process*. St. Louis, C. V. Mosby, 1982.
- 11 Appleby, M. Organizing for participatory decision making in public affairs. *Volunt Adm* 13(1):19-27, 1980.
- 12 Hayes-Bautista, D. E. Chicano patients and medical practitioners: A sociology of knowledge paradigm of lay-professional interaction. *Soc Sci Med* 12(2):83-90, 1978.
- 13 Friedman, J. Retracking America: A theory of transactive planning. In: Bennis, W., Benne, K., Chin, R. y Corey, K., eds. *The Planning of Change*, 3a. ed. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1976, pp. 297-305.
- 14 Feurstein, M. Community participation in evaluation: Problems and potentials. *Int Nurs Rev* 27(5):187-190, 1980.

SUMMARY

APPLICATION OF THE NEGOTIATED PROCESS METHOD TO PRIMARY HEALTH CARE FOR WOMEN

Since 1984 the University of Illinois School of Public Health in Chicago has been offering the course "Women's Health: A Primary Health Care Method." The objectives of the course are to develop a model to meet the health needs of urban women in industrialized countries and to teach post-graduate students from various health-related programs to work as members of

interdisciplinary teams with groups of women in communities. This activity involves the use of the negotiated process method, the purpose of which is to train students and the community group to work together and separately on solutions to identified health problems. During the course given in 1985 this method was applied to analyzing the problem of battered women in a Latin American community. Although the results were satisfactory, other similar experiments should be conducted to determine its usefulness more precisely.