



Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria

Informe final

Este proyecto ha sido financiado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y se ha realizado a través del PACAP-Semfyc.

Coordinadores del proyecto:

Mario Soler

Sebastià March

Técnica responsable:

Maria Ramos

Equipo de investigación:

Juan Luís Ruiz

María José Pérez

Isabel Muntaner

Frederick Miller

Blanca Lahoz

Julia Domínguez

Documentalista:

Wigberta Martín

Administrativa:

Teresa Miserol

Índice

1. Resumen ejecutivo.....	4
2. Objetivos	5
2. Métodos.....	6
3. Resultados	10
3.1. Resultados revisión documental.....	10
3.2. Resultados factores que facilitan o dificultan las actividades comunitarias	17
3.3. Resultados cuestionario informantes clave.....	21
3.4. Resultados reunión de expertos	30
4. Índice de gráficos y tablas	39
5. Anexos.....	40

1. Resumen ejecutivo

Se ha realizado una aproximación a la situación de las actividades comunitarias (AC) en atención primaria de España mediante la revisión de las actividades publicadas en revistas científicas, recogidas en redes o presentadas en congresos, así como mediante un cuestionario que se ha enviado a informantes clave de las comunidades autónomas. Todo ello, junto con una revisión de artículos que exploran barreras y oportunidades para el desarrollo de estas actividades, ha servido de base para que un grupo de expertos elaborara propuestas para mejorar la situación actual.

La difusión de las actividades comunitarias en revistas científicas es escasa, siendo más frecuente su inclusión en redes. De las actividades identificadas, las mujeres en diferentes situaciones vitales son la población diana más frecuente. La mayoría de estas actividades se dirigen a capacitar a la comunidad para que opte por conductas más saludables o a potenciar el autocuidado. El grado de participación de las entidades ciudadanas y de las instituciones, principalmente de los ayuntamientos en las actividades es bajo. Igualmente, la participación de la comunidad en el diseño de las actividades comunitarias, también es bajo.

Los estudios que exploran barreras y oportunidades para la realización de actividades comunitarias en España son escasos. Las actividades comunitarias no son percibidas por los médicos como parte de sus funciones, y la principal barrera que argumentan para su realización es la falta de tiempo.

En opinión de los informantes clave, la participación de los equipos de atención primaria en las actividades comunitarias en España es mayoritariamente baja. Las enfermeras y las trabajadoras sociales son los profesionales más implicados. En 9 comunidades, estas actividades están incluidas en la cartera de servicios. En cambio, el grado de implicación y de apoyo de las consejerías de salud y de los ayuntamientos a estas actividades es bajo.

Para promover las actividades comunitarias en España, se considera necesario que:

- El Ministerio de Salud impulse la elaboración de una estrategia nacional para promover el desarrollo de actividades comunitarias con participación de atención primaria, que incluya varios ejes estratégicos, entre los cuales tiene que estar la formación de profesionales y la elaboración de materiales de apoyo.
- Las comunidades autónomas promuevan la coordinación intersectorial, especialmente reforzar la alianza estratégica entre los profesionales de atención primaria y los de salud pública.
- Las gerencias de atención primaria han de reorientar el modelo de atención primaria, desde el enfoque actual, predominantemente asistencial, a un enfoque salubrista basado en el modelo biopsicosocial. Para ello, es fundamental revisar y potenciar el trabajo en equipo, así como que las actividades comunitarias en marcha se sientan respaldadas.

2. Objetivos

Objetivo general:

Realizar una primera aproximación a la situación de las actividades comunitarias en atención primaria de salud en el estado español, y a partir de ella hacer propuestas de mejora.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar y describir las actividades comunitarias en las que participan los equipos de atención primaria (EAP) de los centros de salud de nuestro país.
- 2) Explorar aquellos factores que favorecen o dificultan la realización de actividades comunitarias con participación de los EAP.
- 3) Conocer el grado de implantación de las actividades comunitarias en APS por CCAA.
- 4) Realizar propuestas para mejorar la situación actual de las actividades comunitarias con participación de los EAP.
- 5) Difundir las actividades comunitarias en atención primaria y los contenidos del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud a través de encuentros científicos organizados por la Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (semFYC).

2. Métodos

Para los objetivos 1 y 2:

Se ha realizado una revisión documental de artículos publicados en revistas científicas, actividades registradas en redes de actividades comunitarias o de promoción de la salud, proyectos premiados por el PACAP y comunicaciones presentadas en los encuentros anuales del PACAP.

Artículos publicados: Se han consultado las siguientes base de datos: Medline, Embase, Cuiden, Cuidatge, IBECS, BDIE, ADOLEC. No se ha limitado el periodo de estudio, teniendo en cuenta que la revisión se ha realizado durante los meses de marzo y abril de 2007.

Las secuencias de búsqueda utilizadas han sido las siguientes:

Medline:(community medicine OR community health services) AND spain; health promotion AND spain; health education AND spain AND primary health care; community health services AND primary health care AND attitude of health personnel.

Cuiden: comunitaria & atención primaria; educación para la salud & atención primaria; educación grupal & atención primaria.

Cuidatge: participación comunitaria; educación para la salud; educación grupal.

Embase: (community health services OR community) AND spain.

IBEC, BDIE,ADOLEC: (comunitaria OR comunitario OR community) AND (espana OR espanya).

De cada uno de los artículos identificados, se ha revisado la bibliografía correspondiente.

Actividades en red: Se han revisado las siguientes bases de de actividades comunitarias o de promoción de la salud:

- SIPES, del Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://sipes.msc.es/>);
- RAC, del PACAP (<http://www.pacap.net>);
- RAPPs, del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón (<http://www.reddeiniciativas.com/>);
- AUPA, de l'Institut d'Estudis de la Salut de Catalunya (<http://www.gencat.net/salut/ies-aupa/Du29/html/ca/Du29/>).

Proyectos premiados: Se han identificado a partir de la página web del PACAP. Posteriormente, se ha solicitado a la secretaria técnica del PACAP el envío por correo postal de aquellos proyectos no incluidos ya en la RAC.

Comunicaciones: El objetivo inicial fue recoger todas las comunicaciones presentadas a congresos, lo que se desestimó al comprobar que esta información no estaba en la red. En una segunda fase se optó por incluir las actividades presentadas como comunicación a los encuentros estatales del PACAP y de la Federación de Asociaciones de Enfermería

Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), ya que son los principales foros a nivel estatal de actividades comunitarias en atención primaria. Las comunicaciones presentadas al PACAP se han obtenido a partir de la secretaría técnica de dicha asociación. Las presentadas a FAECAP no se han podido recoger por problemas de registro de las actividades.

Se han considerado como actividades comunitarias todas aquellas actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Para complementar esta definición, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterio de inclusión:

- Debía haber participación de los profesionales del centro de salud, sean o no los promotores de la actividad.

Criterios de exclusión:

- Aquellas acciones dirigidas únicamente al diagnóstico de problemas específicos de salud (programas de cribado, revisiones, etcétera) si la comunidad es un mero receptor pasivo y no hay participación activa de algún sector de la misma (ciudadanos, asociaciones, otros servicios: sociales, educativos, etcétera).
- Aquellas acciones dirigidas únicamente a la prevención de un problema concreto de salud mediante la aplicación de una terapia concreta (programas de vacunación, sellado de molares, etcétera) si no hay participación activa de algún sector de la comunidad.
- Aquellas acciones dirigidas únicamente a monitorizar parámetros (tensión arterial y otros) o adicciones (consumo de alcohol, de tabaco, etcétera) en la consulta.
- Aquellas consultas individuales específicas, aunque sean de promoción de la salud (consulta joven, consulta de planificación familiar, consulta de tabaquismo, etcétera), excepto si forman parte de un proyecto más amplio con participación de algún sector de la comunidad.
- Aquellas acciones que aún dirigidas a grupos no han contemplado la participación de algún sector de la comunidad en su organización, y que se limitan a transmitir información como son las charlas, conferencias o consejos sobre hábitos saludables.

Los artículos científicos identificados han sido clasificados en 4 grupos:

- A. Actividades comunitarias.
- B. Dudas acerca de si se trataba de una actividad comunitaria.
- C. Estudios sobre factores que facilitan o dificultan la realización de actividades comunitarias.
- D. Artículos de opinión sobre actividades comunitarias.

E. Revisiones de actividades comunitarias.

Los artículos del grupo A se incluían directamente en la revisión (objetivo 1), los del grupo B se discutieron con un miembro del equipo, los del grupo C se han revisado y sintetizado de manera aparte (objetivo 2), los del grupo D se utilizarán al final del estudio para la difusión de los resultados del mismo y en el grupo E sólo se ha identificado una revisión de actividades incluidas en la RAC. Los artículos del grupo A se han incluido en una base de datos bibliográfica mediante el software Referente Manager.

Las actividades comunitarias en red se incluían en la revisión, excepto si ya habían sido identificadas como artículos. Igualmente se hizo con los premios y con las comunicaciones.

El equipo de investigación elaboró una ficha de recogida de información de cada actividad incluida en la revisión (anexo 1). La información de las fichas se volcó en una base de datos de Access, y posteriormente se analizó con la ayuda del software SPSS 12.0.

Para el objetivo 3:

Se envió una carta a todos los presidentes de las sociedades autonómicas de semFYC y a los responsables autonómicos del PACAP para solicitarles su colaboración en la identificación de uno o más informantes clave de su comunidad autónoma.

Paralelamente, el equipo de investigación elaboró un cuestionario que se envió por correo postal y electrónico a los informantes clave de cada comunidad (anexo 2).

La información de los cuestionarios ha sido volcada en una base de datos en Access, depurada y posteriormente analizada con la ayuda del software SPSS. Se ha realizado un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias de las variables cualitativas y de la media y mediana de las variables cuantitativas, así como un análisis bivariante.

Para el objetivo 4:

Los codirectores y la técnico del proyecto seleccionaron un grupo de expertos, que recibirán un informe borrador con los resultados de los objetivos 1, 2 y 3 acompañado de un listado de preguntas sobre las que deberán trabajar previamente a la reunión.

La reunión o panel de expertos fue conducida por un moderador. También se contó con una secretaria que vigiló los tiempos y tomó notas.

Se estructuró la reunión en dos fases. En la primera, los participantes expusieron sus puntos de vista sobre las preguntas planteadas siguiendo la técnica del grupo focal. La secretaria recogió todas las propuestas que surgieron durante el debate. Posteriormente, las propuestas fueron clasificadas por el moderador y la secretaria en tres niveles: Ministerio, Gobiernos de las comunidades autónomas y Gerencias de atención primaria, teniendo en cuenta que cada propuesta podía estar en más de un nivel.

En la segunda fase, siguiendo una adaptación de la técnica del grupo nominal, las propuestas recogidas fueron revisadas con los participantes, y posteriormente votadas (de 4 a 1).

Se han incluido todas aquellas propuestas votadas por al menos dos participantes. Las propuestas se han ordenado de acuerdo a dos criterios, por este orden: número de votos y número de votantes.

Para el objetivo 5:

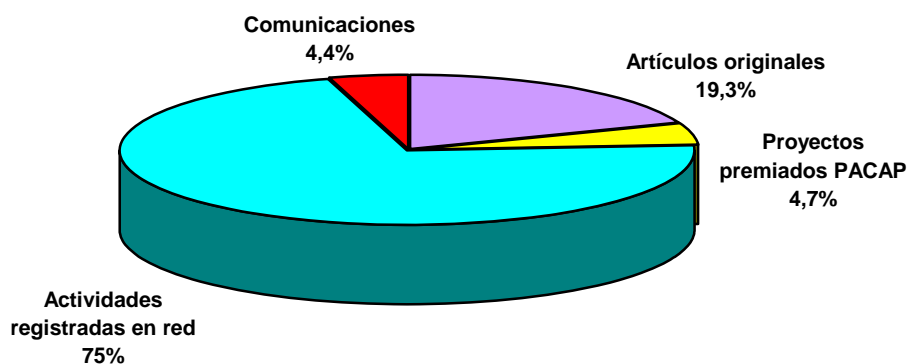
Además del informe final, los resultados obtenidos se difundirán en congresos o jornadas y mediante dos artículos que se enviarán a revistas científicas para su publicación.

3. Resultados

3.1. Resultados revisión documental

Se han identificado 472 actividades, de las cuales 91 eran artículos originales publicados en revistas científicas del ámbito español, 339 actividades registradas en alguna de las redes de actividades comunitarias, 22 proyectos premiados por el PACAP y 21 comunicaciones orales presentadas en formato póster en encuentros nacionales del PACAP (gráfico 1). Previamente se habían excluido 45 artículos, 53 actividades registradas en redes y 16 comunicaciones. Las causas de exclusión se muestran en el anexo 3.

Gráfico 1. Distribución de las actividades comunitarias por tipo de fuente

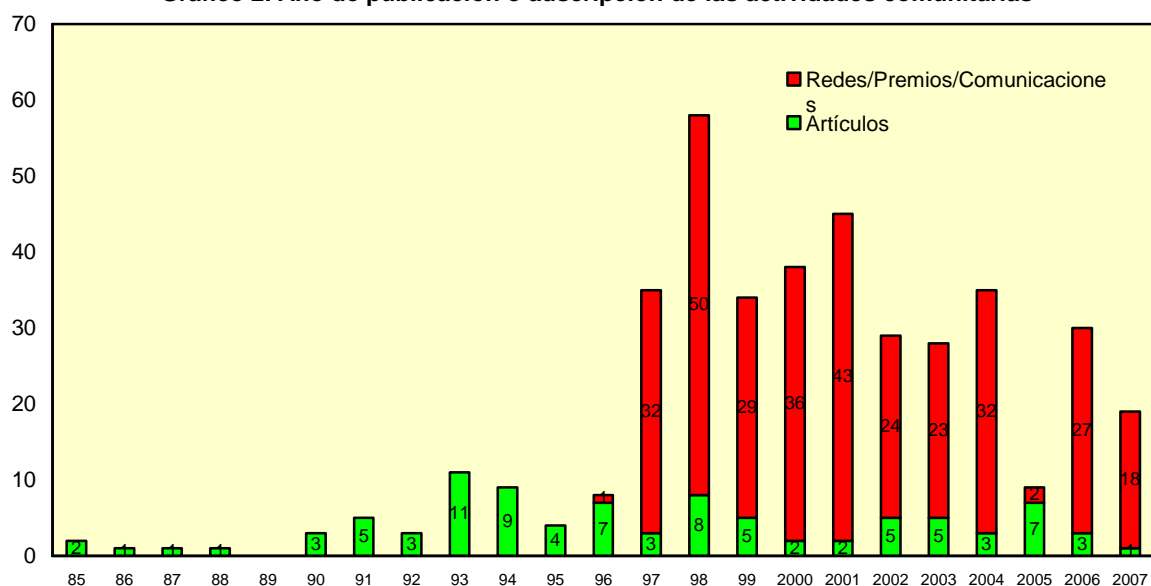


Las revistas donde se publicaron más artículos relacionados con las actividades comunitarias fueron: Atención Primaria (31 artículos), Centro de Salud (10), Enfermería Científica (10), Metas de Enfermería (8) y Trabajo Social y Salud (8). En el anexo 4 se muestra la relación completa de revistas con artículos identificados.

En cuanto a las redes, la mayoría de actividades se identificaron a través de la RAC (red de actividades comunitarias del PACAP) (293 actividades), y el resto a través de la RAPPs (red de actividades comunitarias de Aragón) (26) y de AUPA (red de actividades comunitarias de Cataluña) (21).

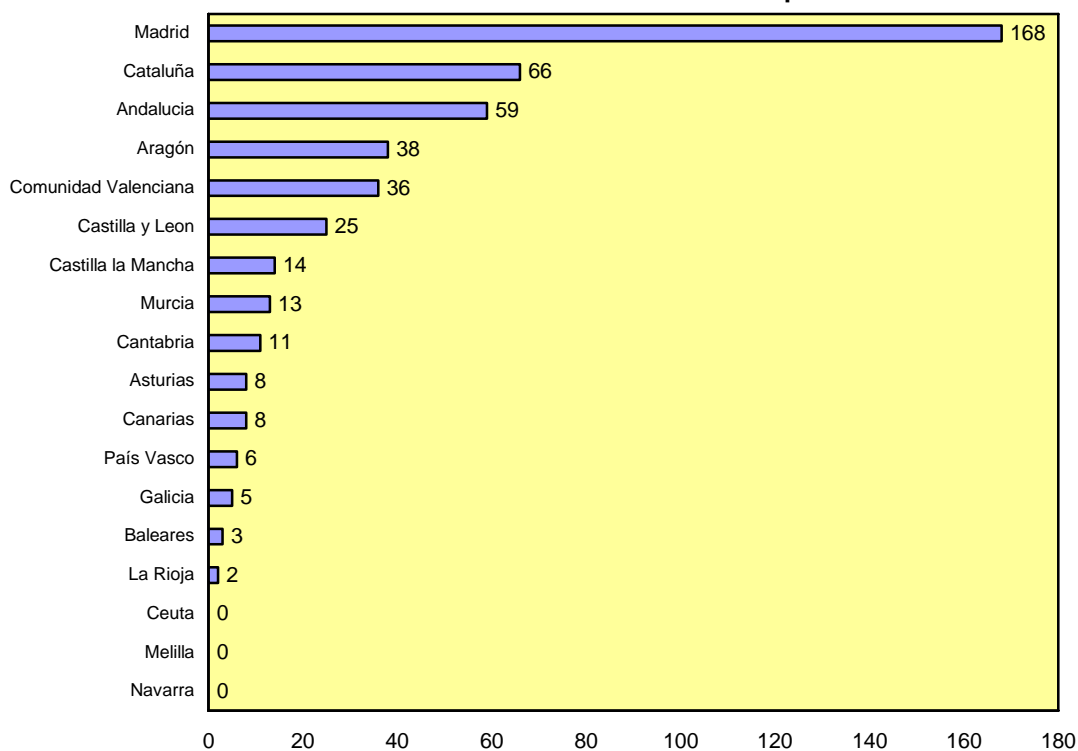
El año de publicación o de adscripción está disponible en 425 actividades (90%). Como se puede ver en el gráfico 2, 1998 y 2001 son los años con mayor número de actividades, lo que se debe a que son los años en los que se registraron más actividades en redes, mientras que 1993 y 1994 son los años en que se publicaron más artículos de actividades comunitarias.

Gráfico 2. Año de publicación o adscripción de las actividades comunitarias



Por comunidad autónoma (gráfico 3), Madrid es la que tiene más actividades comunitarias publicadas o registradas (35,6% del total), seguida de Cataluña (14%) y Andalucía (12,5%). Navarra, Ceuta y Melilla son las comunidades con menos actividades. En el gráfico 3 se presenta la distribución por comunidad autónoma.

Gráfico 3. Número de actividades comunitarias por CCAA



Las actividades se han desarrollado en 153 municipios, lo que representa el 1,9% de municipios de España¹. En 15 casos (3,3%) estaba implicado más de un municipio. El municipio que ha publicado o registrado más actividades es, con diferencia, Madrid (113 actividades), seguido de Zaragoza (20), Barcelona (19), Fuenlabrada (17), Granada (13), Málaga (12), Valencia (12), Leganés (11), Badajoz (8), Salamanca (8) y Sevilla (8). En el anexo 5 se encuentra la relación de todos los municipios.

Han impulsado o participado en las actividades 300 centros de salud (CS), lo que representa el 10,4%² de los CS de España. En 58 casos (12,3%) estaba implicado más de un CS. Los CS que han impulsado o participado en más actividades identificadas son: CS General Ricardos (10 actividades); CS El Espinillo (9); CS Aranjuez (8); CS Fuentes-Norte y CS Monóvar (7); CS Bonavista-La Canonja, CS Eloy Gonzalo, CS Cuzco, CS La Alamedilla y CS Vicente Soldevilla (6). Todos estos CS son de la provincia de Madrid, excepto uno de Tarragona (Bonavista-La Canonja) y uno de Salamanca (La Alamedilla). En el anexo 6 se encuentra la relación de todos los CS implicados en actividades.

La población diana a la que se dirigen con mayor frecuencia las actividades comunitarias ha sido, como se muestra en la tabla 1, la población general (22,2%), seguido de los jóvenes (18,2%) y de las madres y padres (10,2%). No obstante, si tenemos en cuenta que la mayor parte de actividades dirigidas a madres y padres, están enfocadas principalmente a las madres, y si a éstas les añadimos las actividades dirigidas a mujeres, a mujeres en la menopausia y a mujeres embarazadas, vemos que globalmente las mujeres son la población diana más frecuente (26,4%). Por otra parte, el 19,6% de las actividades comunitarias se dirigen a personas con algún tipo de enfermedad crónica.

En el caso de los artículos originales, la población diana que predomina es la población general, las personas con algún tipo de enfermedad crónica, los niños y niñas y las mujeres embarazadas. En cambio, en las redes predominan las actividades dirigidas a población adulta o a mujeres en la menopausia; en las comunicaciones, las dirigidas a población general, a jóvenes y a mujeres con fibromialgia y, por último, en los premios PACAP las dirigidas a jóvenes, a personas mayores, a inmigrantes y a personas en riesgo de exclusión social.

¹ Según el Catálogo del INE de 2007

² Según el Catálogo del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo del 2007

Tabla 1. Población diana a la que se dirigen las actividades comunitarias

Tipo	Nº	% sobre total*
Población general	105	22,2
Grupos edad		
Jóvenes	86	18,2
Niños y niñas	50	10,6
Mayores de 65 años	34	7,2
Adultos	25	5,3
Mujeres en diferentes situaciones vitales		
Madres y padres	48	10,2
Mujeres sin especificar	31	6,6
Mujeres en la menopausia	32	6,8
Mujeres embarazadas	13	2,8
Personas con enfermedades		
Personas diabéticas	28	5,9
Personas con problemas de salud mental	15	3,2
Personas con otras enfermedades crónicas	14	3,0
Personas hipertensas	13	2,8
Personas con enfermedades respiratorias	9	1,9
Personas obesas	7	1,5
Personas con fibromialgia	6	1,3
Personas que dan apoyo a otras		
Personas cuidadoras	26	5,5
Profesionales	14	3,0
Familiares	9	1,9
Poblaciones en riesgo		
Población en exclusión	12	2,5
Inmigrantes	13	2,8
Personas con alguna discapacidad	3	0,6
Otra población diana	5	1,1

*Suma más de 100 porque algunas actividades tienen más de una población diana (por ejemplo, actividades dirigidas a jóvenes y sus madres y padres o a enfermos y sus cuidadores o familiares)

Los objetivos principales de las actividades comunitarias identificadas son: capacitar la comunidad para que opte por comportamientos más saludables; en relación con ello, transmitir información sanitaria a la población y, en tercer lugar, fomentar la capacidad de autocuidado (tabla 2). Dos de cada actividades están dirigidas a la obtención de uno de estos tres objetivos.

Las actividades que pretenden desarrollar un programa para solucionar un problema concreto son muy variadas. Entre estos problemas concretos se encuentran: dejar de fumar, reducir el consumo de fármacos, disminuir la hiperfrecuentación, prevenir el consumo de drogas, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual o las caídas, reducir la ansiedad, disminuir las complicaciones asociadas a determinadas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, etc.

Las actividades cuyo objetivo –según consta en la publicación correspondiente- es evaluar la efectividad de un programa se dirigen sobre todo a mejorar el control terapéutico de una enfermedad crónica, pero también a la prevención de caídas o accidentes domésticos y a la promoción de la lactancia materna.

Tabla 2. Objetivos de las actividades comunitarias

Objetivo	Nº	%*
Capacitar para que la comunidad opte por comportamientos más saludables	124	26,3
Transmitir información sanitaria a la población	117	24,8
Aumentar la capacidad de autocuidado de la población	96	20,3
Desarrollar un programa para solucionar un problema concreto	88	18,6
Identificar y priorizar problemas o necesidades	57	12,1
Otro objetivo**	47	9,9
Mejorar la calidad de vida y bienestar de un territorio o de una comunidad	47	10,0
Constituir un consejo de salud o equivalentes	35	7,4
Evaluar la efectividad de un programa	29	6,1
Realizar una acción intersectorial	24	5,1
Mejorar la calidad de los servicios sanitarios	22	4,7
No queda claro cuál es el objetivo	8	1,6
Identificar los recursos de la comunidad	2	0,4

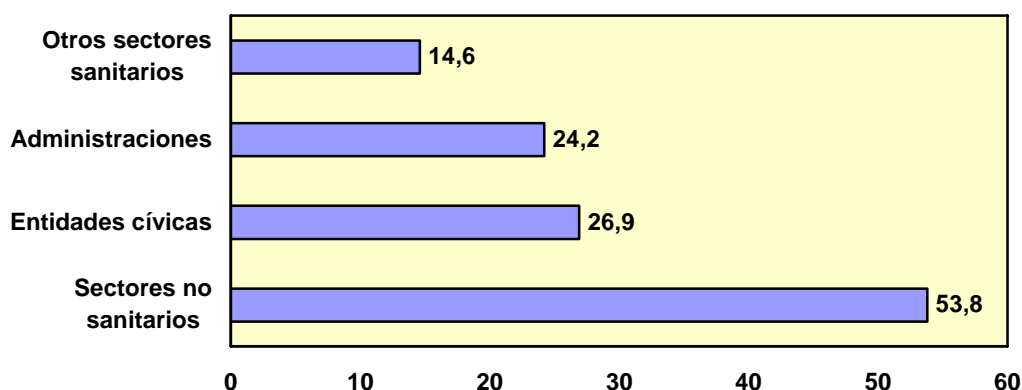
*Suma más de 100 porque algunas actividades tienen más de un objetivo

** En la mayoría de los casos, se trata de objetivos muy generales, como: “mejorar la salud”, “promover la salud”, “favorecer las relaciones”, “promover el asociacionismo”...

En los artículos predominan las actividades dirigidas a capacitar para que la comunidad opte por comportamientos más saludables, a identificar y priorizar problemas o necesidades, a constituir un consejo de salud, a transmitir información sanitaria y a evaluar la efectividad de un programa. En cambio, en las redes predominan las actividades dirigidas a potenciar la capacidad de autocuidado. En las comunicaciones predominan también las actividades dirigidas a capacitar para que la comunidad opte por comportamientos más saludables y a identificar y priorizar problemas o necesidades, y en los premios las que pretenden realizar acciones intersectoriales, mejorar la calidad de vida y bienestar de un territorio o comunidad y mejorar la calidad de los servicios sanitarios.

La participación de los distintos agentes en las actividades comunitarias se ha dividido en: a) participación de servicios no sanitarios, b) participación de entidades cívicas, c) participación de administraciones y d) participación de otros sectores sanitarios. En el 66,7% de las actividades ha participado algún agente además de los profesionales del centro de salud. En el gráfico 4 se muestra el porcentaje de participación de los distintos sectores en las actividades. Llama la atención que sólo en una de cada cuatro actividades participan las entidades cívicas.

Gráfico 4. Participación de otros agentes en las actividades comunitarias



En cada sector se ha observado lo siguiente:

a) Los servicios no sanitarios que más han participado han sido: Educación (29,2%) y Servicios Sociales (21%). En el anexo 7 se puede ver el listado completo de servicios no sanitarios participantes.

b) Las entidades cívicas que más han participado han sido: Asociaciones de madres y padres (8,5%), Asociaciones de vecinos (8,1%) y ONG (6,6%). En cuanto a las ONG, las que con mayor frecuencia han participado han sido: Cáritas (12 actividades) y Cruz Roja (7 actividades). En el anexo 8 se muestra la relación completa de entidades cívicas participantes.

c) La administración que con mayor frecuencia ha participado es el Ayuntamiento (17,8%), seguido del Gobierno Autónomo (11,9%) y del Gobierno Central (1,5%).

d) Los sectores sanitarios que más han participado han sido: Servicios de Salud Mental (4,2%) y Hospitales (4%), seguido de Centros de Drogodependencias (2,3%) y Farmacias (2,1%). En algunos casos han participado también odontólogos (0,9%), veterinarios y fisioterapeutas (0,4%) y en casos aislados otros profesionales sanitarios (matrona, podólogo, médico APD, profesionales socio-sanitarios, experto en promoción de la salud, técnico de unidad de salud internacional, especialista de centro de especialidades o técnico de centro de anticoncepción).

En más de la mitad de las actividades comunitarias identificadas (58,9%) no se menciona la perspectiva teórica o metodológica en la que se fundamentan. Entre las mencionadas, la más frecuente es la Educación para la salud, en un 29,7% del total de actividades. En los artículos y en los premios PACAP este porcentaje es mucho más elevado (57,1% y 36,4%, respectivamente).

Otras perspectivas son mencionadas en un porcentaje inferior al 5% de casos son: Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (4%), Investigación Acción Participativa (4%), Desarrollo Comunitario (3,4%), Procesos Correctores Comunitarios (1,2%) y otras perspectivas (2,5%). El Desarrollo Comunitario es más frecuente en los artículos (6,6%), y la Investigación Acción Participativa también en los artículos (9,9%) y en los premios PACAP (9,1%).

En la mayor parte de actividades se menciona expresamente la participación activa de la comunidad en el desarrollo de la actividad (80,7%), en aproximadamente una tercera parte (29%) se menciona la participación de la comunidad en el diseño de la actividad y sólo en una minoría se menciona su participación en la evaluación de la misma (4,2%).

Más de la mitad de las actividades incluyen una evaluación (61%). En cuanto al tipo de evaluación, ésta fue sólo de proceso en un 28,8% de los casos con evaluación, sólo de resultados en el 17,7%, de proceso y resultados en el 18,4% y no estaba claro qué tipo de evaluación se había hecho en el 37,5%. Respecto a los métodos usados, en un 56,2% de casos se usaron sólo técnicas cuantitativas, en un 4,5% sólo métodos cualitativos, en un 18% ambos y no quedaba clara la metodología de evaluación utilizada en un 21,8%.

3.2. Resultados factores que facilitan o dificultan las actividades comunitarias

Para el objetivo 2 se seleccionaron los 19 artículos que se habían clasificado con la letra C a partir del título, de los cuales 10 eran en inglés, 9 en castellano y 10 tenían autores españoles (un original en inglés era de autores españoles).

De estos, fueron descartados 13 por los siguientes motivos:

- 5 finalmente no recogían ni factores, ni barreras, ni opinión de los profesionales sobre el tema de la búsqueda.
- 3 tenían un diseño mal planteado o graves fallos metodológicos o en la redacción del artículo que hacían que difícilmente resultaran útiles.
- 3 recogían opinión de profesionales sobre prevención primaria, pero únicamente desde una perspectiva individual, por lo que los resultados difícilmente eran extrapolables a las actividades comunitarias.
- 3 eran demasiado específicos o por el tema que era demasiado concreto, o por ser de un ámbito muy diferente a la realidad española.

Finalmente se seleccionaron 6 artículos. En realidad ninguno miraba propiamente factores/barreras/opiniones de los profesionales respecto a la realización de actividades comunitarias en AP, sino que 2 eran de educación para la salud, uno de trabajo con grupos, otro de prevención primaria y el último de participación comunitaria. Los trabajos finalmente seleccionados fueron los siguientes:

- 1) *J.C. Duro Martínez. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. Aten Primaria. 2005;36(2):71-7.*

Objetivo: Conocer los discursos y actitudes de los profesionales de AP de Madrid sobre el trabajo con grupos.

Diseño: Cualitativo estructural.

Población diana: Profesionales de AP (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales).

Muestra: 4 grupos de discusión y 4 entrevistas estructuradas por edad y profesión.

Principales resultados: Se clasificaban los discursos de los profesionales en tres grupos:

- a) Convencidos: “Yo creo en los grupos”. Principalmente trabajadoras sociales y enfermeras. Discurso asociado al modelo biopsicosocial de la salud.
- b) Escépticos: “Los grupos no sirven para nada”. Principalmente médicos y también enfermeras. Demanda de acotar las responsabilidades del sistema clínico, reivindicando lo clínico.
- c) Convencibles: “¿Esto entra en el sueldo?”. La gran mayoría de los profesionales no despliegan oposición al trabajo con grupos, pero se resisten a realizarlo en las condiciones actuales de organización de la atención primaria. Se recogen los siguientes factores que asociarían a realizar estos grupos: investigación que demuestre su valor; cambios organizacionales que clarifiquen las funciones de cada colectivo profesional; apoyo a la formación; y mejora de las relaciones entre profesionales y fomento del trabajo en equipo.

2) Myrand A, Beehler G, Kuo C, Mahoney M. *Explaining the de-prioritization of primary prevention: Physicians' perceptions of their role in the delivery of primary care. BMC Public Health 2003, 3.*

Objetivo: Explicar la “no priorización” de la prevención primaria en el trabajo de los médicos de atención primaria.

Diseño: Cualitativo.

Ámbito: EEUU

Población diana: Médicos de familia líderes de opinión.

Muestra: Una entrevista grupal con 12 personas expertas.

Principales resultados: Este estudio agrupa en cuatro las causas de que se de menos importancia a la prevención primaria en AP:

1. Percepción del rol del médico como alguien que tiene que dar soluciones a corto plazo.
2. Delegación de la prevención primaria a otros profesionales de la salud. No se percibe como una tarea del médico.
3. Priorización de las visitas clínicas
4. Dificultad de trabajar con los cambios de comportamiento.

Además, en la discusión, el artículo aporta algunas barreras más fruto de una revisión: El tiempo por visita; baja eficacia del “counseling” si no está especialmente dirigido a grupos de alto riesgo; actitud del profesional hacia los servicios preventivos; falta de formación o de percepción de que conocen el tema; falta de o menor atracción hacia tipos de prevención menos tangibles (por ejemplo, el “counseling” sobre comportamiento sexual de alto riesgo) frente a los más fácilmente documentados y validados (por ejemplo, los fármacos para el control de la hipertensión).

3) Sáez S, Marqués F, Pallarés J, Serrano J, Orrio C, Martínez V. *Perfil de los profesionales de la salud de Lleida respecto a la educación para la salud (EpS). Aten Primaria. 1999;24(3):157-161.*

Objetivo: Conocer el perfil del profesional de salud en la provincia de Lleida respecto a la EpS, especialmente respecto a la formación y a las actividades realizadas.

Diseño: Estudio descriptivo mediante encuesta postal.

Población diana: Profesionales de salud de Lleida.

Muestreo: Se calculó el tamaño de muestra estratificada por profesión (enfermería, médicos, trabajadoras sociales) en 512. Se realizó una selección aleatoria mediante los listados de los colegios profesionales.

Principales resultados: La participación fue del 48% (252); más en trabajadoras sociales y menos en médicos. Realizan actividades de EpS el 49%. Las variables asociadas estadísticamente ($p < 0,05$) con realizar actividades de EpS fueron: trabajar en AP; valorar más los recursos humanos, estructurales y de tiempo de los que disponen; ser médico o enfermera;

trabajar en una zona rural; asistir a cursos y congresos; ser interino; trabajar en un centro de titularidad pública; disponer de más tiempo; y ser hombre.

4) *Díaz G. Factores relacionados con la práctica de educación sanitaria por los médicos de Atención primaria de Galicia. Rev Esp Salud Publica. 2001; 75:529-540.*

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la realización de la educación sanitaria por parte de los médicos de AP de Galicia.

Diseño: Estudio transversal mediante cuestionario postal autoadministrado.

Población diana: Médicos de AP Gallegos.

Muestreo: Se calculo un tamaño muestral de 420 médicos de AP

Principales resultados: La participación fue del 73% (307). El 35,8% (IC_{95%}: 30-41) afirmaban realizar educación sanitaria. El 64% responden tener mala formación en educación sanitaria.

Las barreras más priorizadas fueron la falta de tiempo (72%), la falta de motivación (13%) y la falta de formación (8%). Los facultativos atribuían una importancia media a la educación sanitaria de 6,9, y su capacidad autopercebida para llevarla a cabo, la valoraban de media con un 2,4, en una escala de 0 a 5.

En la regresión logística, surgieron tres variables relacionadas con la realización de educación sanitaria. Realizaban más: Las mujeres (OR: 1.7), los que estaban mejor formados (OR: 2,2), y los que tenían mejor capacidad autopercebida para llevarla a cabo (OR: 1,32).

5) *Pérez-Franco B, Turabián JL, Magaña E, et al. Factores asociados a la participación comunitaria en la atención primaria de la provincia de Toledo. Aten primaria. 1993; 12: 339-344.*

Objetivo: Detectar la prevalencia de profesionales que han efectuado alguna experiencia de participación comunitaria (PC), así como aquellos con actitud positiva hacia la PC e identificar factores asociados.

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario de actitudes, conocimientos y comportamientos.

Población diana: Todos los profesionales de AP de Toledo.

Muestra: Todos los profesionales (330) de 22 CS de Toledo.

Principales resultados: La participación fue del 67% (220); menos las trabajadoras sociales.

El 49% tenía experiencia en participación comunitaria y de estos el 59% la valoraban positivamente. Tener experiencias de participación comunitaria se relacionaba con: volumen de población adscrita al CS de 10.000-20.000 hab; tiempo adscrito al CS>5 años; más años de funcionamiento del CS, opinión a favor de que los vecinos deben participar junto a los sanitarios en la planificación y organización de las actividades sanitarias de la zona; mayor satisfacción con su especialidad; mejor opinión de que el consejo de salud es indispensable para el CS; y conocimiento de los programas del EAP.

En definitiva, los factores que se recogen en estos estudios que podrían estar relacionados con la realización de actividades comunitarias vienen resumidos a continuación:

Factores de los profesionales:

Sociodemográficos:

- Edad.
- Sexo.

Formación/Experiencia:

- Profesión
- Médico vía MIR.
- Formación específica en actividades comunitarias.
- Capacidad autopercebida de poder llevar a cabo actividades comunitarias.
- Conocimiento de los programas del equipo de atención primaria.
- Tiempo adscrito al centro de salud.

Actitudes/Discursos:

- Modelo de práctica biomédica/psicosocial.
- Satisfacción laboral.
- Discurso sobre la participación de la comunidad en la salud.
- Percepción de la eficacia de las actividades comunitarias.
- Motivación para realizar actividades comunitarias.

Factores del equipo de AP:

- Tiempo por visita.
- Volumen de población adscrita.
- Años de funcionamiento del centro de salud.
- Trabajo en equipo (relación entre profesionales).
- Disponer de recursos:
 - o Humanos.
 - o Estructurales.
 - o De disponibilidad de tiempo.

Factores organizativos:

- Clarificación de la función de cada profesional.

Todos estos factores han sido considerados en el estudio que actualmente se está llevando a cabo, "Factores que influyen en la realización de actividades comunitarias de promoción de la salud por los equipos de atención primaria" financiado por el ISCiii en la convocatoria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Investigación en Servicios del 2007 (PI07/90383, Investigador Principal: Sebastià March). Este proyecto coordinado entre 6 CCAA tiene como objetivo principal: Identificar los factores que influyen en la realización de actividades comunitarias por parte de los profesionales de atención primaria.

3.3. Resultados cuestionario informantes clave

Se han identificado 29 informantes clave en las 17 comunidades autónomas del Estado, quienes han cumplimentado y reenviado el cuestionario. Éste no se mandó a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla dado que en dichas ciudades no hay representación del PACAP ni de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, lo que ha impedido identificar informantes clave. El perfil profesional de los/las informantes clave ha sido el siguiente: en 10 casos eran médicos de familia, en 8 casos técnicos de educación para la salud, en 5 enfermeras de atención primaria, en 2 responsables de calidad, y en 1 caso otros perfiles (coordinador de unidad docente, investigadora y jefe de servicio de la consejería de salud). En 14 comunidades ha contestado un solo informante clave, y en 3 más de uno, que han sido: en Madrid, 4 enfermeras y 7 técnicos de educación para la salud (una persona por área sanitaria); en Asturias, 1 médico de familia y 1 jefe de servicio de la consejería de salud y en Islas Baleares, 1 médico y 1 enfermera de atención primaria.

En su opinión, la participación de los equipos de atención primaria en actividades comunitarias en salud en las comunidades autónomas es, como se puede ver en el gráfico 5, heterogénea y mayoritariamente baja.

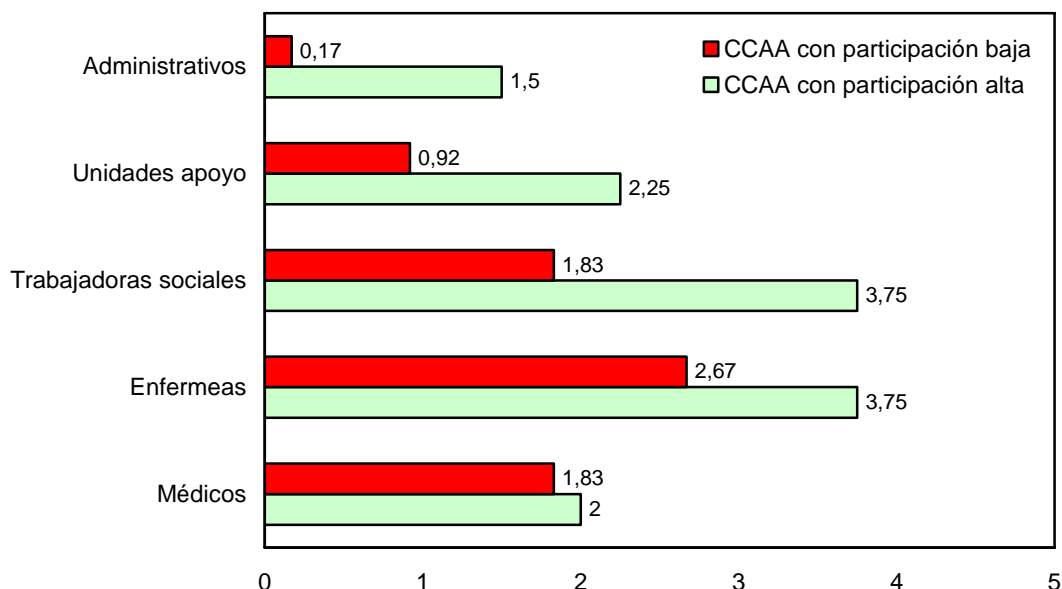
Gráfico 5. Participación de los equipos de atención primaria en actividades comunitarias



En general, la participación de los profesionales en estas actividades se desarrolla parte en horario laboral y parte fuera, sin que se observen diferencias entre las comunidades en las que la participación en actividades comunitarias es alta (definida como alta o muy alta en el gráfico 5) respecto a aquellas en las que es baja (definida como media, baja o muy baja en el gráfico 5). Sólo en 3 comunidades (Islas Baleares, la Rioja y Madrid) estas actividades se desarrollan mayoritariamente en horario laboral.

El grado de implicación de los distintos profesionales del centro de salud en las actividades comunitarias varía en función de la participación (gráfico 6). En aquellas comunidades en las que la participación es alta, el grado de implicación de todos los profesionales del centro de salud es más alto. Las enfermeras y las trabajadoras sociales son los profesionales más implicados en las actividades comunitarias, sobre todo en las comunidades con alta participación.

Gráfico 6. Grado de implicación de los profesionales del centro de salud en las actividades comunitarias (puntuación media de 0 a 5)



En más de la mitad de las comunidades autónomas, todas o la mayoría de las gerencias de atención primaria tienen, entre sus objetivos formales, alguno relacionado directamente con las actividades comunitarias (tabla 3). La inclusión de estos objetivos es más frecuente en las comunidades con participación alta que en aquellas con participación baja.

Entre los objetivos de las gerencias relacionados con las actividades comunitarias predomina la educación con grupos (Aragón, Castilla León, la Rioja, Madrid, Navarra) o la coordinación intersectorial (Cataluña, Islas Baleares, Madrid), aunque algunas comunidades, se plantean otros más ambiciosos, como: “facilitar el desarrollo de procesos comunitarios que permitan realizar análisis de situación para realizar actividades de promoción de la salud” (Extremadura) o “desarrollar proyectos de intervención comunitaria contando con la participación de la

comunidad” (País Vasco). Tres comunidades autónomas incluyen entre sus objetivos la promoción de los consejos de salud (Castilla León, Aragón y Madrid).

Tabla 3. Existencia de objetivos directamente relacionados con las actividades comunitarias en las gerencias de atención primaria

Sí, todas	Sí, la mayoría	Sí, algunas	No, ninguna
Andalucía	Canarias	Aragón	C. Valenciana
Castilla León	Cantabria	Asturias	
Castilla la Mancha	Islas Baleares	Cataluña	
La Rioja	País Vasco	Extremadura	
Madrid		Galicia	
Navarra		Murcia	

Por otra parte, en todas las comunidades excepto en una (Islas Baleares), la consejería de salud tiene entre sus objetivos formales alguno relacionado directamente con las actividades comunitarias. En la mayoría de los casos dichos objetivos se refieren a la promoción de la salud. En cuatro comunidades la consejería de salud se plantea específicamente la participación activa de los ciudadanos, bien a través de los consejos de salud (Castilla León y Canarias), bien mediante procesos comunitarios (Extremadura) o sin especificar a través de qué estrategias (País Vasco).

Todas las comunidades autónomas reciben algún tipo de apoyo desde las instituciones autonómicas para el desarrollo de actividades comunitarias, principalmente por parte de las gerencias de atención primaria (14 comunidades), seguido de los servicios de salud autonómicos (13 comunidades), de los ayuntamientos (12 comunidades) y de los servicios de salud pública (11 comunidades). El apoyo de todas las instituciones es más alto en aquellas comunidades con participación alta en actividades comunitarias.

En el gráfico 7 se describe el tipo de apoyo institucional recibido. En la mayoría de comunidades, tanto los servicios de salud pública como las gerencias de atención primaria y los servicios de salud autonómicos hacen formación de profesionales en actividades comunitarias. Las gerencias de atención primaria son la institución que presta con mayor frecuencia apoyo técnico para estas actividades, que están incluidas en la cartera de servicios en 9 comunidades (Andalucía, Aragón, Cantabria, Islas Baleares, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco). Los servicios de salud pública y los servicios de salud autonómicos, elaboran materiales dirigidos a profesionales en más de la mitad de comunidades, mientras que menos de la mitad elaboran materiales para usuarios. La inclusión de las actividades en la cartera de servicios, la formación de profesionales de los servicios autonómicos y de atención primaria, la elaboración de materiales dirigidos a profesionales y a usuarios y el apoyo a publicaciones de las gerencias de atención primaria son más frecuentes en aquellas comunidades en las que el grado de participación en actividades comunitarias es alto. En la

mitad de comunidades con participación alta, las gerencias de atención primaria destinan un presupuesto específico para las actividades comunitarias.

En 13 comunidades autónomas (el 100% de las comunidades con participación alta y el 69% de las comunidades con participación baja), las actividades comunitarias reciben algún tipo de apoyo externo, principalmente de sociedades científicas (11 comunidades), seguido de asociaciones ciudadanas (9 comunidades), ONG (6 comunidades), parroquia y colegios/asociaciones profesionales (5 comunidades en cada caso). Entre los apoyos externos (gráfico 8) predomina la formación y la elaboración de materiales para profesionales impulsadas por las sociedades científicas, así como la cesión de locales y elaboración de materiales para usuarios por parte de las asociaciones ciudadanas. Llama la atención el escaso apoyo que prestan los colegios profesionales, que sin embargo es más elevado en las comunidades con bajo grado de participación, mientras que en aquellas con alta participación es más alto el apoyo prestado por sociedades científicas, asociaciones ciudadanas, ONG y parroquias.

Gráfico 7. Apoyos institucionales a las actividades comunitarias

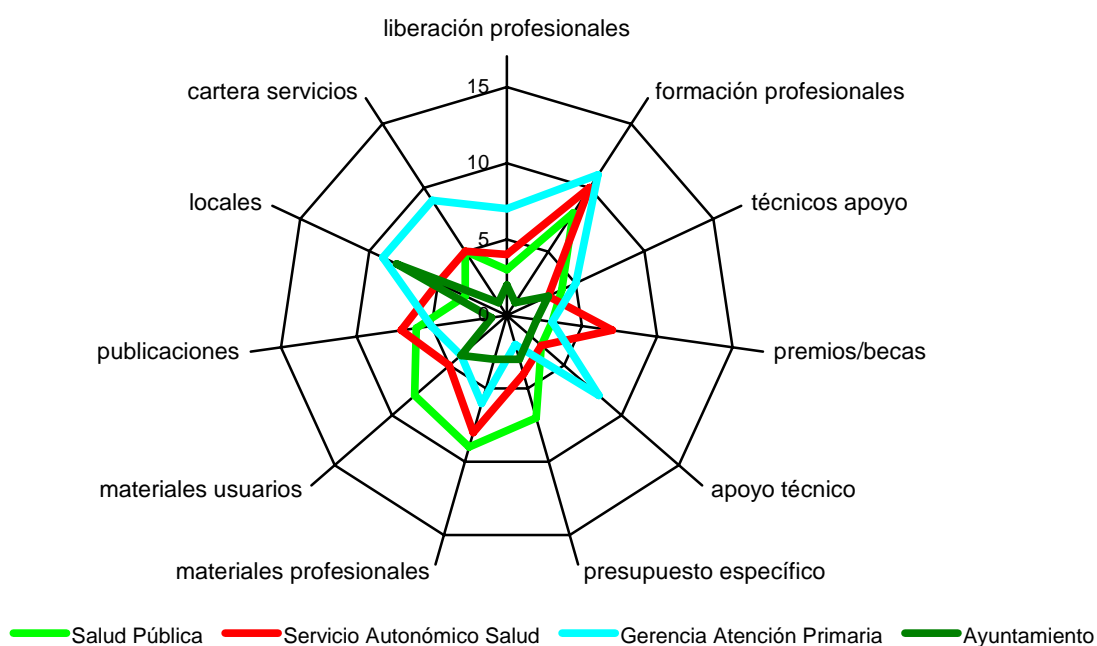
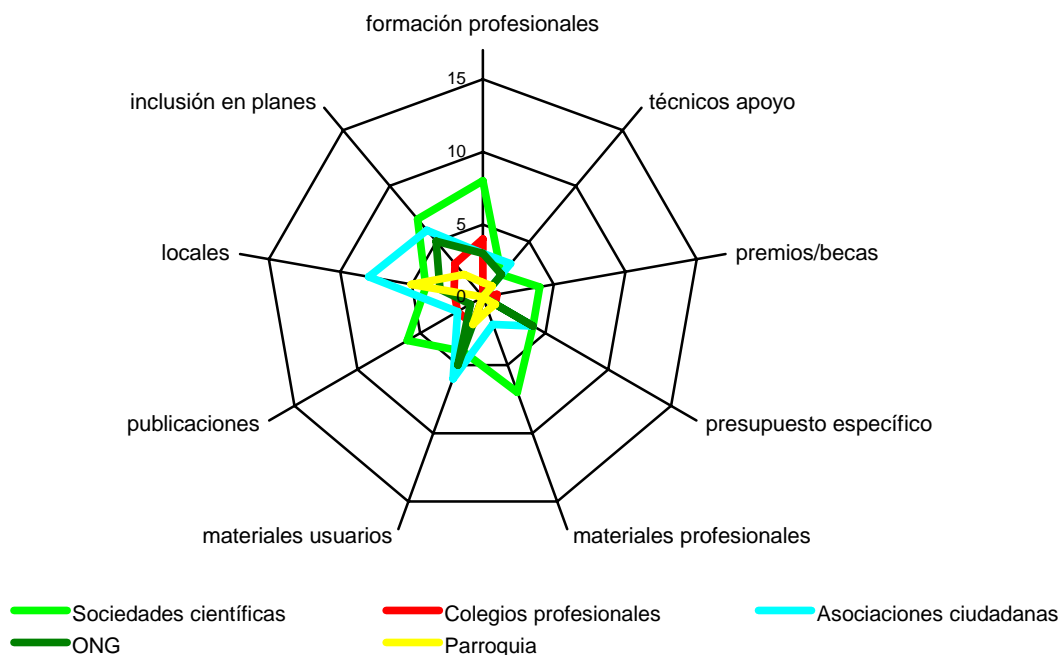


Gráfico 8. Apoyos externos a las actividades comunitarias



Más de la mitad de las comunidades autónomas (12 de 17) tienen consejos de salud activos³, sin que se observen diferencias en función del grado de participación en actividades comunitarias. El número de consejos de salud por comunidad autónoma es muy variable, y oscila entre 1 (Islas Baleares) y 254 (Castilla León). Aragón y Canarias han declarado tener 15 consejos de salud, la Comunidad valenciana 23, Madrid 24, Navarra 31 y Extremadura 108. En las 4 comunidades restantes, el número de consejos de salud es desconocido.

Por otra parte, también más de la mitad de comunidades autónomas (13 de 17) declaran la existencia de mesas intersectoriales⁴. Las instituciones o entidades que más participan en dichas mesas son: las asociaciones ciudadanas, atención primaria de salud, los ayuntamientos y las consejerías de salud y de educación (tabla 4), especialmente en las comunidades en las que el grado de participación en actividades comunitarias es alto. En casos aislados intervienen otros actores (centros apoyo al profesorado, parroquias, centros de drogodependientes, servicios sociales municipales, sindicatos, partidos políticos o medio ambiente).

³ Órganos de participación: a) estables, es decir, se reúnen al menos dos veces al año; b) en los que participan ciudadanos y profesionales de atención primaria y c) abordan temas relacionados con las salud o los servicios.

⁴ Estructuras de coordinación intersectorial en las que participan distintas instituciones que trabajen temas de salud

Tabla 4. Miembros de las mesas intersectoriales

Instituciones / Entidades	Nº CCAA
Asociaciones	10
Atención Primaria	10
Ayuntamientos	10
Centros Salud Municipales	2
Consejería Asuntos Sociales	2
Consejería Educación	9
Consejería Salud	10
ONG	4
Otros	3
Servicios de Salud	8

El grado de implicación en las actividades comunitarias asignado a las diferentes instituciones o entidades es medio para las asociaciones ciudadanas y ONG (puntuación media de 3 sobre 5), atención primaria y centros de salud municipales (2,5) y bajo para el resto: consejería de salud (2,1), consejería de educación (2), ayuntamientos y servicios de salud (1,5).

Con respecto a la formación, la mayoría de comunidades (15 de 17) ofertan a los profesionales de atención comunitaria algún tipo de actividad formativa relacionada con las actividades comunitarias. La mayor parte de estas actividades utilizan una metodología activa. El tipo de actividad más frecuente es la educación para la salud con grupos (tabla 5), especialmente en aquellas comunidades en las que el grado de participación en actividades comunitarias es alto.

Los residentes de medicina familiar y comunitaria reciben algún tipo de formación sobre actividades comunitarias en 11 comunidades, la cual es variada: iniciación, educación para la salud, APOC y, en algunos casos, participan de actividades realizadas en los centros escolares con participación del centro de salud. En cuanto a las residentes de enfermería (matronas o enfermería familiar y comunitaria), sólo en 6 comunidades reciben formación sobre actividades comunitarias, que suelen ser actividades grupales de educación para la salud.

En 10 comunidades se han elaborado materiales específicos de apoyo a las actividades comunitarias dirigidos a profesionales y en 12 materiales dirigidos a usuarios. La elaboración de ambos tipos de materiales es más frecuente en aquellas comunidades con participación alta.

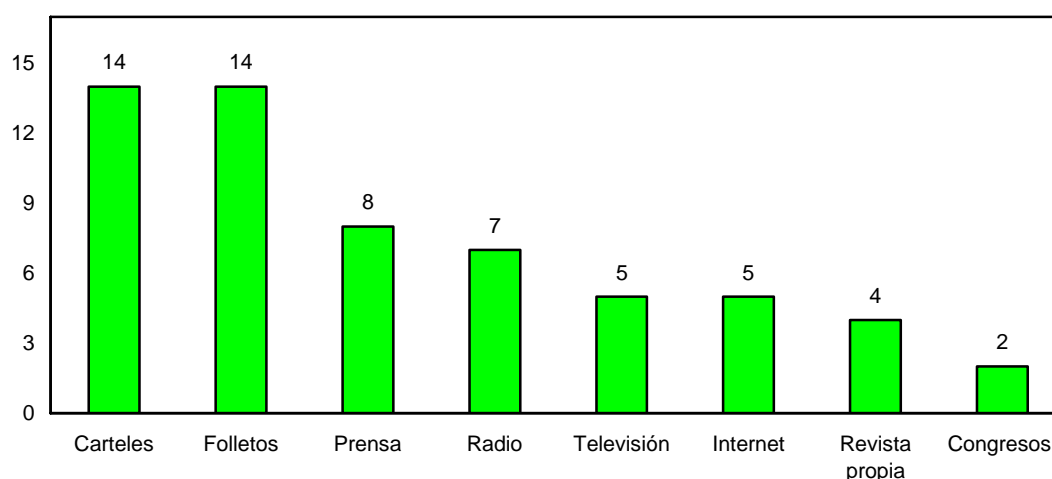
Tabla 5. Tipo de formación en actividades comunitarias

Tipo	Iniciación	Eps grupos	Intervención comunitaria	Diagnóstico comunitario	ProCC*	APOC**	IAP***
Andalucía							
Aragón		X	X				
Asturias	X	X	X	X	X	X	X
Canarias	X						
Cantabria		X					
Cataluña	X	X	X			X	
Castilla la Mancha	X	X	X				
Castilla León	X	X					
C. valenciana		X					
Extremadura			X	X			X
Galicia							
Islas Baleares	X	X	X	X	X	X	X
La Rioja		X					
Madrid	X	X	X	X	X	X	X
Murcia	X	X					
Navarra	X	X					
País Vasco		X	X				

*Procesos correctores comunitarios; **Atención primaria orientada a la comunidad; ***Investigación acción participativa

Para la difusión de estas actividades, los canales más utilizados son los carteles y los folletos, mientras que los medios de comunicación masiva y las nuevas tecnologías se utilizan en pocas comunidades autónomas (gráfico 9).

Gráfico 9. Canales para la difusión de las actividades comunitarias



En opinión de los informantes clave, existen más dificultades que oportunidades para realizar actividades comunitarias en salud, especialmente la falta de tiempo, la falta de formación y la falta de motivación de los profesionales. Aquellas comunidades en las que el grado de participación en las actividades comunitarias es alto apuntan más oportunidades que las

comunidades con baja participación (gráfico 10), aunque perciben las mismas dificultades y en grado similar (gráfico 11).

Algunas comunidades han puntuado como alta (puntuación de 4 ó 5) la motivación de los profesionales (Cantabria, Galicia, Islas Baleares, Madrid y Navarra), el apoyo de las instituciones (Islas Baleares, Madrid y Navarra), el grado de asociacionismo (Castilla León y Galicia), la existencia de mesas intersectoriales o consejos de salud (Castilla León, Islas Baleares y Madrid), la demanda de la población (Canarias, Cantabria, Galicia e Islas Baleares), la formación de los profesionales (Galicia, Islas Baleares y Navarra), la existencia de equipos de trabajo multidisciplinares (Castilla León y Murcia) o la presencia de médicos residentes o estudiantes en los centros de salud (Castilla León).

Otras oportunidades mencionadas han sido: la elaboración de materiales de apoyo para profesionales y usuarios (Navarra), la existencia de una red específica de actividades comunitarias, la RAPPs (Aragón), el conocimiento de los recursos sociales, educativos, culturales, etcétera de la región (Islas Baleares) o el hecho de facilitar proyectos de participación comunitaria de eficacia probada (Islas Baleares), la existencia de un grupo de participación comunitaria (Madrid) o de sociedades científicas con sensibilidad sobre el tema (Castilla León).

Otras dificultades mencionadas han sido: la falta de presupuesto específico en los centros de salud para el desarrollo de estas actividades (Navarra), el hecho de que las actividades comunitarias no estén incluidas en la formación pregrado, posgrado ni en la formación continuada en algunas comunidades autónomas (Aragón), la visión individual de la salud que tienen los profesionales sanitarios (Islas Baleares) y la vivencia de la actividad comunitaria como una actividad voluntaria que sobrecarga al resto del equipo (Madrid).

Por último, se han expresado propuestas sobre acciones o medidas para mejorar la situación actual de las actividades comunitarias. La mayoría de comunidades autónomas apuestan por la formación sobre este tema a todos los niveles: pregrado, posgrado y formación continuada. En segundo lugar, se reclama mayor apoyo institucional, especialmente desde las Consejerías de Salud. Otras propuestas se refieren a la inclusión de las actividades comunitarias en las carteras de servicios, a la mejora de la coordinación intersectorial, a la potenciación de redes de actividades comunitarias, al aumento de la difusión y visibilidad de las actividades que se desarrollan, a la incentivación de proyectos o profesionales que realizan actividades

Gráfico 10. Oportunidades para la realización de actividades comunitarias (de 0 a 5)

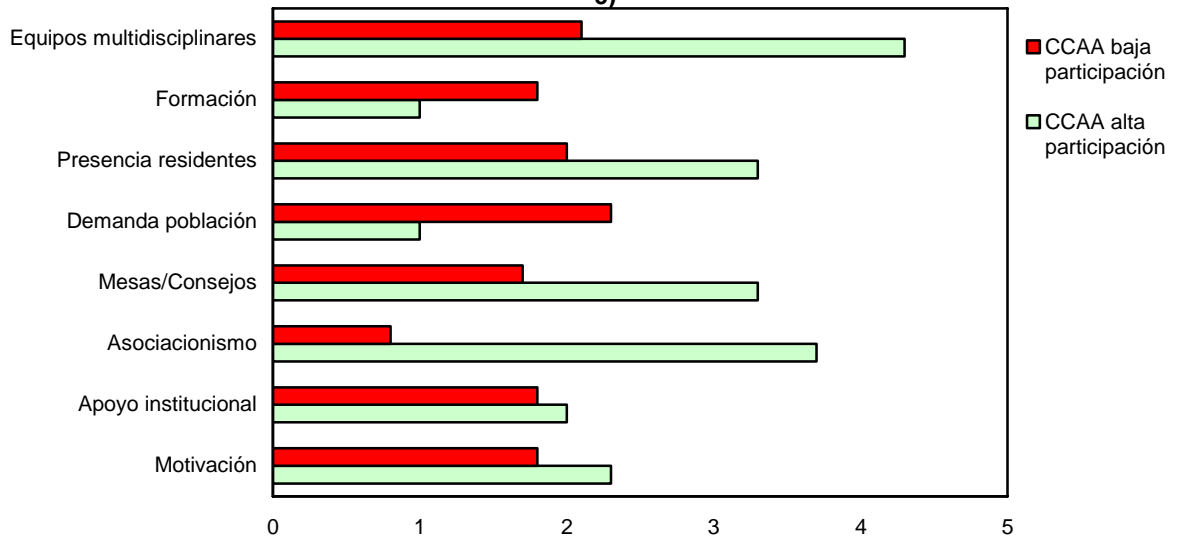
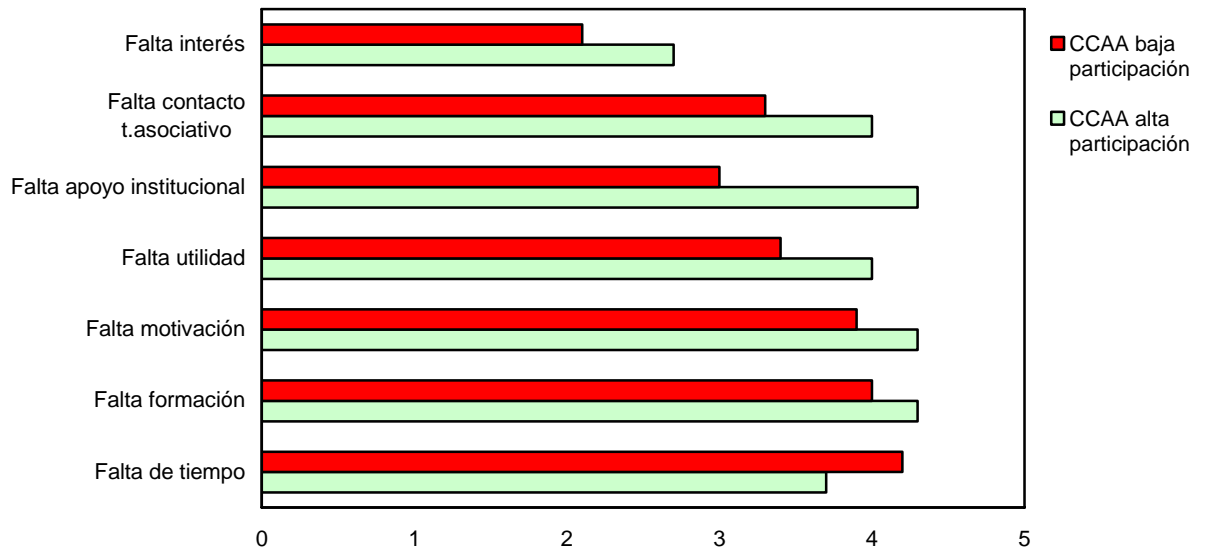


Gráfico 11. Dificultades para la realización de actividades comunitarias (de 0 a 5)



3.4. Resultados reunión de expertos

La reunión de expertos tuvo lugar el 18 de septiembre de 2008, y a ella acudieron 11 de los 12 expertos previstos. El perfil de los expertos, que se muestra en el anexo 9 era muy heterogéneo, recogiendo diferentes agentes, perfiles y perspectivas relacionadas con las actividades comunitarias de promoción de la salud. Entre los perfiles había representación de médicos de familia, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos de salud pública, médicos salubristas, gerentes de atención primaria, educadoras sociales y participantes de asociaciones ciudadanas implicadas en procesos participativos.

El debate partió de los resultados obtenidos en las fases anteriores del estudio mediante unas preguntas preparadas previamente por el equipo de investigación que se incluyen en el anexo 10. A continuación se resumen los principales temas que emergieron, las propuestas concretas para mejorar la situación actual de la participación de los equipos de Atención Primaria en actividades comunitarias, y por último, la priorización de las mismas.

3.4.1 Temas emergentes del debate

Estrategia de promoción de las actividades comunitarias

El grupo de personas expertas alcanzó un amplio consenso en reconocer la necesidad de que cualquier propuesta de las que se iban a discutir necesitaba estar integrada dentro de una estrategia general que garantizase y avalase su desarrollo. Esta estrategia debería estar estructurada, concretando objetivos, acciones, plazos, e indicadores para evaluarlas. Se comentó la importancia de que esta estrategia se desarrollase a nivel nacional desde el Ministerio de Sanidad, para promover que en los sucesivos niveles se trabajase el tema. Por lo tanto también eran necesarias adaptar estas estrategias a nivel de comunidad autónoma (Consejerías de Salud-Sistemas autonómicos de Salud) y de Gerencias de Atención Primaria.

Esto podría servir para otorgar prioridad y estímulo para trabajar el tema, que de otra manera podría quedar como un compromiso que ya está recogido en muchos otros lugares (Ley General de Sanidad, documentos de la OMS firmados por España, etc.), pero que no se llega a desarrollar.

Reorientar la atención asistencial

Se habló mucho de que el modelo actual de atención en la AP dista mucho del deseable para promocionar las actividades comunitarias, pero que además dista mucho también de los principios que sustentaron la reforma de AP. La práctica es básicamente asistencialista, desde un modelo de entender la salud puramente biológica, trabajando con perspectiva individual, fomentando la demanda y el clientelismo, y dejando de lado las actividades preventivas y de promoción de la salud con perspectiva familiar o comunitaria. Se comentó que actualmente los

centros de atención primaria son “centros de atención a la enfermedad” y que es imprescindible reorientar su atención.

Esta reorientación debería ir, según las personas expertas consultadas, en la línea anteriormente expuesta de promocionar el trabajo intersectorial (con la escuela, los institutos, los ayuntamientos, los servicios sociales), con una perspectiva de promoción de la salud. Esta línea está incluida en la estrategia de la Organización Mundial para la Salud Siglo XXI firmada por España, que debería en todos sus contenidos y fundamentalmente en sus apartados de promoción de la salud.

Se debería reorientar la atención de manera que no se dedicase la totalidad del tiempo al trabajo asistencial. Esto supone trabajar con perspectiva comunitaria y con un modelo de práctica psicosocial. En Navarra se está trabajando de manera experimental en 5 centros de salud en la reorientación de la atención primaria hacia la salud, hacia el usuario y hacia la comunidad. Para ello se están caracterizando todos los procesos asistenciales, para modificarlos de acuerdo al modelo biopsicosocial mediante la inclusión de actividades de educación individual, grupal y comunitaria. Paralelamente, se están revisando los roles de cada uno de los perfiles profesionales del centro, partiendo de la premisa (“bajar un escalón”) de que gran parte de lo que hace el médico lo podría hacer la enfermera, y gran parte de lo que hace la enfermera lo podría hacer el propio usuario. Uno de los efectos esperables a medio plazo de esta reorientación de la atención primaria, podría ser la reducción de la demanda asistencial. Ya existen experiencias, en Extremadura por ejemplo, que lo ponen de manifiesto.

Dentro de las reorientaciones de la Atención primaria, el grupo de personas expertas destacó el tema del trabajo en equipo. Este era también uno de los pilares básicos de la Atención primaria que ha quedado muy desvalorizado por las mismas prácticas que se desarrollan en los centros. Hubo consenso en que este trabajo era fundamental no solo para desarrollar las actividades comunitarias, sino para mejorar la calidad y la eficacia de la atención prestada, facilitando la posibilidad de realizar abordajes más complejos y multidisciplinarios y de repartir mejor las tareas. Para promocionar el trabajo en equipo surgieron toda una serie de propuestas que van desde la formación específica en dinámicas de grupo y trabajo en equipo, a la potenciación de la autonomía de los centros. También se reivindicaron las reuniones de equipo, como un espacio que debiera ser revalorizado, reconocido por las gerencias y dotado de contenido real; y el papel de los/as coordinadores/as de equipo.

Intersectorialidad

Se considera necesario recuperar las políticas intersectoriales: las reuniones entre los ayuntamientos, otros sectores (servicios sociales y educación sobretodo, pero también otros) y el sector salud y el desarrollo de instrumentos para la toma de decisiones compartida. También se destacó la necesidad de potenciar la relación entre los servicios de salud pública y de atención primaria para un aprovechamiento mutuo

Se consideró a los ayuntamientos como un agente clave en estas acciones puesto que son la institución más cercana al ciudadano. Desgraciadamente la opinión general es que se encuentran muy alejados del tema de la salud, probablemente por que perciben que no tienen competencias. Las personas expertas afirmaron que hay que trabajar con los ayuntamientos, para clarificarles sus competencias y responsabilidades, como que según la ley de Régimen Local, tienen la función de supervisar la atención primaria.

En algunas comunidades, como Castilla y León, siguen vigentes los consejos de salud. Sin embargo, el grupo de expertos/as, pusieron en tela de duda su utilidad en la mayoría de comunidades autónomas. Se defendió que su situación y eficacia debería ser revisada y modificada o sustituida por algún mecanismo de participación eficaz que asegurase la intersectorialidad.

Formación en actividades comunitarias de promoción de la salud.

Dentro de este eje estratégico se consideró fundamental apoyar la formación a los profesionales en habilidades para llevar a cabo actividades comunitarias y en la perspectiva salubrista de la promoción de la salud. Esta formación debería ser tanto en pregrado, de una manera transversal, como en postgrado. Se comentó que trabajo social y educación social, sin ser estudios concretamente sanitarios, tienen más formación en actividades comunitarias. Los estudios de enfermería aún tienen un poco de esta visión comunitaria, pero los de medicina, incluidos los de medicina preventiva, dejan de lado estos contenidos en sus programas. Se habló particularmente de la oportunidad que supone la actual reforma de los planes de estudios de grado, para profundizar en el contenido de promoción de la salud e incorporarlo de manera transversal en los estudios de todas las profesiones que trabajan en el sector salud.

Hubo consenso generalizado entorno a la idea de que sería necesario editar y difundir materiales que refuercen esa formación, así como la misma práctica de las actividades comunitarias. Estos materiales deberían ser financiados y avalados por el ministerio y/o las comunidades autónomas, pero deberían ser trabajados y revisados por grupos multidisciplinares de distintas sociedades científicas y por supuesto, por los ciudadanos.

El grupo de expertos/as estuvo muy de acuerdo con la necesidad de elaborar un manual que pudiera servir de modelo, opción que les planteó el equipo de investigación de este proyecto. Todos estos materiales deberían incluir tanto los aspectos teóricos como aspectos muy prácticos para desarrollar las actividades de promoción de la salud con perspectiva comunitaria. Además no deberían ir dirigidos solo a los sectores sanitarios sino también a otros sectores que intervienen en la salud, como educación, servicios sociales, etc. Se comentó que también sería importante crear materiales dirigidos a los ciudadanos y que estos deberían ser diferentes de los de los profesionales, adaptando el lenguaje y el contenido.

Para la elaboración de estos materiales se habló de partir o de aprovechar de los materiales que ya han demostrado su utilidad y que son un referente para los que trabajan estos temas,

como los materiales de educación para la salud elaborados en Navarra. En esta línea se apunto que el SEPSAC (Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria), con participación de miembros de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, está elaborando un documento de recomendaciones, que podría ser el punto de partida de algunos materiales.

Difusión de las Actividades Comunitarias

Se comentó que cualquier estrategia para impulsar las actividades comunitarias tenía que incluir la difusión de las mismas. Se habló de la necesidad de reformular el SIPES para que fuese una herramienta realmente útil, además de hacer una política activa para promocionar que más experiencias se apuntasen. También se comentó de la importancia de publicar las experiencias y las evaluaciones de las mismas en revistas científicas pero que era difícil porque no era un tema de interés para los editores. Se habló de la necesidad de realizar políticas concretas de acercamiento revistas de atención primaria o de salud pública, que podrían estar interesadas en estos temas.

Por otra parte también se comentó que una buena manera de promocionar las actividades comunitarias era demostrar la efectividad de éstas y por tanto que era fundamental investigar en intervenciones de promoción de la salud con perspectiva grupal y/o comunitaria. Existe una carencia en España de investigación sobre la eficacia de las intervenciones para la promoción de la salud y en general sobre la influencia de los factores del contexto social sobre la salud. Estas líneas de investigación con más arraigo en los países anglosajones, necesitan de metodologías y diseños complejos que precisan de financiación para llevarse a cabo. Por lo tanto, esta debería ser una línea prioritaria de investigación en convocatorias financiadas por el FIS u otras entidades.

Punto de partida de las Actividades Comunitarias

Se considera que todas las oportunidades son buenas para empezar una actividad comunitaria y que hay que aprovechar incluso los conflictos para trabajar junto con la comunidad y con la perspectiva comunitaria. La iniciativa para empezar una actividad puede surgir o no del equipo de Atención Primaria. Las actividades con grupos pueden servir como punto de partida de actividades más ambiciosas para trabajar sobre población más general. En cualquiera de los casos los criterios mínimos que el grupo propuso para seleccionar aquellas actividades que deben recibir apoyo, es que tengan recogida su propuesta en un documento elaborado y por lo tanto reflexionada por el equipo que las llevará a cabo, y tener una vocación transformadora. Es decir, que mantengan la perspectiva de que a partir de esta actividad puedan surgir nuevos proyectos donde los/las ciudadanos/as cuenten con más espacios de participación.

Los puntos de partida que defienden las personas expertas son el de que el equipo de AP se presente a la comunidad, y que se realice un análisis de la comunidad: de sus recursos, estilos

de vida, datos socioculturales, necesidades y estado de salud. Tanto la presentación a la comunidad como el análisis se deben realizar de una manera participada. Para realizar este análisis se comentó que era necesario apoyo técnico que se podía facilitar de tres maneras complementarias: Contratar un técnico de promoción de la salud en cada gerencia que se responsabilice de dar apoyo a las actividades comunitarias; contratar a un asesor externo especializado en investigación participativa; y/o establecer alianzas estratégicas con los/las técnicas de salud pública, formándolos previamente en estas perspectivas si fuera necesario.

Se comentó que las profesionales del trabajo social y la educación social son las más que tienen el perfil profesional más dirigido hacia el trabajo con la comunidad, pero que tienen dificultades para realizarlo, entre otras cosas porque a menudo son una figura compartida por varios centros de salud, lo que dificulta su integración en los equipos. Las enfermeras están más implicadas en el desarrollo de actividades comunitarias por su mayor cercanía a los ciudadanos y porque su formación pregrado ahonda en estos temas. No obstante, se considera que para que la acción comunitaria sea útil, es fundamental la implicación de los/las médicos de atención primaria ya que son los/las profesionales con mayor prestigio en la comunidad.

Hubo discrepancias sobre la necesidad de clarificar hasta donde llegan los roles profesionales. Algunos argumentaron que muchos profesionales no conocen hasta donde llegan sus responsabilidades por lo que respecta a las actividades comunitarias, puesto que en los documentos oficiales (ley de sanidad) esta se atribuye al equipo de atención primaria en general. Otros sostuvieron que no hay necesidad de revisar esto puesto que ya está definido en varios documentos.

En realidad la idea general es que resulta imprescindible que el trabajo comunitario sea respaldado por todo el equipo del centro de salud, y no que sea un colectivo concreto el impulsor, aunque sean menos personas las que estén realmente trabajando directamente con la comunidad. También se defendió que lo ideal es que el liderazgo del trabajo comunitario lo lleve la propia comunidad aunque eso no siempre sucede.

Apoyo a las actividades comunitarias

Las actividades que se realizan deben tener un apoyo tangible desde las gerencias y las instituciones como paso previo a extender la aplicación de nuevas experiencias. Hay que dotar de valor lo que ya se está realizando. La principal manera que se comentó es reconocer el trabajo que se dedica a actividades comunitarias fuera del horario laboral habitual. En cambio medidas de incentivo de tipo económico no fueron muy populares entre el grupo de personas expertas, aunque sí se defendió que el hecho de que las actividades comunitarias tuvieran presupuesto propio daba más garantías para su desarrollo.

Para reconocer el trabajo de atención primaria en actividades comunitarias también se propuso introducirlo en los contratos de gestión y en las carteras de servicios. No había consenso sobre este tema puesto que uno de los expertos era de la opinión de que introducir las actividades en

los contratos podría suponer viciar sus prácticas y objetivos, porque por ejemplo tendrían que pasar por el tamiz de unos indicadores cuantitativos difíciles de adaptar.

Otra propuesta es la de que hubiera un responsable de promoción de la salud en cada centro de salud. También se consideró imprescindible dotar a los centros de salud de espacios físicos accesibles para la realización de actividades grupales.

Se comentó la propuesta de apoyar de manera destacada, desde gerencias y comunidades autónomas, aquellas experiencias punteras por experiencia y trayectoria, facilitándoles que puedan servir de modelo para otras iniciativas.

Promoción de la participación ciudadana

El grupo de expertos estuvo de acuerdo en que hay que crear más espacios de participación de la ciudadanía para avanzar en democracia. Pero la principal dificultad de este punto radica en la falta de cultura participativa de la que parten ciudadanos e instituciones, tras años de democracia puramente representativa. Por lo tanto se hizo hincapié en la idea de que era fundamental promocionar esta cultura de la participación.

Se realizó un análisis general de las características de la participación en la sociedad española contemporánea, del cambio de modelo que suponía pasar de la participación en colectivos amplios de objetivos generalistas, a una gran divergencia de asociaciones de pequeño tamaño con finalidades más sectoriales. También de la tendencia al individualismo, a la fragmentación de las comunidades y de las redes sociales tradicionales. Es necesario considerar este marco para diseñar estrategias de participación que planteen nuevos modos, nuevos abordajes de las "comunidades". Y también adaptarse a las nuevas tecnologías de comunicación, aprovechándolas para trabajar en esta dirección.

Se consideró que en esta labor de educar para la participación las sociedades científicas deberían tener un papel relevante. Y también los ministerios y las comunidades autónomas deberían de echar mano de sus recursos, entre los que destacan los medios de comunicación públicos.

3.4.2. Priorización de propuestas.

El listado completo de propuestas concretas para promocionar la participación de la atención primaria en actividades de promoción de la salud que surgieron del debate, se presenta a continuación:

- Promover la elaboración de materiales de apoyo.
- Introducir la visión comunitaria en la formación pre y posgrado.
- Elaborar y desarrollar una estrategia para la implantación de actividades comunitarias.
- Formación continuada de los profesionales en actividades comunitarias.
- Financiación para la realización de actividades comunitarias.
- Estimular la publicación de experiencias.
- Promover la investigación en actividades comunitarias.
- Incluir las actividades comunitarias en las carteras de servicios.
- Reconocimiento a las actividades comunitarias.
- Utilizar la televisión pública para fomentar la participación.
- Apoyar las actividades comunitarias transformadoras.
- Mejorar la comunicación con los ayuntamientos.
- Promocionar los diagnósticos comunitarios.
- Contratar técnico asesor de promoción de la salud en las gerencias.
- Ofrecer asesoramiento externo a las actividades comunitarias.
- Revisar y replantear los consejos de salud.
- Bajar un escalón en las responsabilidades asistenciales.
- Redefinir claramente los roles y funciones de cada profesional.
- Reorientar atención asistencial desde enfoque salubrista.
- Replantear el concepto y el funcionamiento de los equipos de atención primaria (EAP).
- Formación de trabajo en equipo.
- Impulsar la coordinación intersectorial.
- Impulsar la coordinación entre atención primaria y salud pública.
- Responsable de actividades comunitarias en cada centro de salud.
- Responsable de promoción de la salud en las gerencias de atención primaria.
- Plan para que el centro de salud se presente a la comunidad.
- Dotar a los centros de salud de espacios físicos para realizar actividades grupales.

Estas propuestas se clasificaron y priorizaron considerando tres niveles desde donde debían ser impulsadas: Ministerio de Sanidad y Consumo (Tabla 6), Comunidades Autónomas (Tabla 7) y Gerencias de Atención Primaria (Tabla 8). Algunas propuestas podían estar en más de un nivel. Se presentan las tablas con el orden de priorización para cada uno de estos niveles.

Tabla 6. Propuestas dirigidas al Ministerio de Sanidad y Consumo

Orden	Propuesta	Votos	Votantes
1	Estrategia de implantación de actividades comunitarias	22	6
2	Promover la elaboración de materiales	20	9
3	Financiación para la realización de actividades comunitarias	13	5
4	Impulsar la coordinación intersectorial	11	4
5	Introducir la visión comunitaria en la formación pre y posgrado	6	4
6	Revisar y replantear los consejos de salud	6	2
7	Utilizar la televisión pública para fomentar la participación	4	2
8	Formación continuada a profesionales	3	2

Las opciones que se priorizaron para ser desarrolladas a nivel de ministerio fueron sobretodo elaborar una estrategia de implantación de las actividades comunitarias de una manera programada, con un plan de trabajo y unos indicadores y con suficiente financiación como para incentivar a las comunidades autónomas a llevarlo a cabo; y dentro de este plan, promover y financiar la elaboración y la difusión de materiales de apoyo al trabajo comunitario y de promoción de la salud. También destacan entre las propuestas priorizadas ofrecer financiación, vía comunidades autónomas o convocatorias específicas, a actividades comunitarias de promoción de la salud donde participe atención primaria; e impulsar la coordinación intersectorial.

Tabla 7. Propuestas dirigidas a los gobiernos de las Comunidades Autónomas

Orden	Propuesta	Votos	Votantes
1	Impulsar la coordinación intersectorial	10	5
2	Impulsar la coordinación entre atención primaria y salud pública	10	3
3	Reorientar atención asistencial desde enfoque salubrista	9	3
4	Formación continuada profesionales	7	4
5	Promover la elaboración de materiales	7	2
	Contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias.	7	2
	Incluir las actividades comunitarias en las carteras de servicios	7	2
6	Replantear el concepto y el funcionamiento EAP	6	2
7	Financiación para la realización de actividades comunitarias	5	2
8	Revisar y replantear los consejos de salud	4	2
9	Ofrecer asesoramiento en actividades comunitarias	3	2

A nivel de comunidad autónoma había muchas propuestas elegibles en la priorización, por lo que hubo menos concentración en las opciones más puntuadas. Aún así, las opciones más destacadas en la priorización fueron la de que se realizase un esfuerzo para impulsar el trabajo intersectorial, empezando por las mismas consejerías, y que al mismo tiempo se velase por la coordinación entre salud pública y atención primaria como estrategia para trabajar al promoción de la salud. Se consideró importante reorientar la atención asistencial al individuo que actualmente realiza atención primaria por un enfoque basado en el modelo salubrista, con perspectiva poblacional o comunitaria, reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y estrategias de promoción de la salud. Otras opciones también quedaron en puestos importantes de la priorización, como el promover la elaboración y difusión de materiales, ofrecer apoyo técnico a las actividades comunitarias, e incluir las actividades comunitarias en la cartera de servicios.

Tabla 8. Propuestas dirigidas a las gerencias de atención primaria

Orden	Propuesta	Votos	Votantes
1	Reorientar atención asistencial desde enfoque salubrista	12	4
2	Replantear el concepto y el funcionamiento EAP	9	3
	Financiación para la realización de actividades comunitarias	9	3
	Apoyar las actividades comunitarias transformadoras	9	3
3	Incluir las actividades comunitarias en las carteras de servicios	7	3
4	Formación continuada profesionales	6	3
	Contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias.	6	3
5	Plan para que el centro de salud se presente a la comunidad	5	2
6	Promover la elaboración de materiales	4	2
	Responsable de actividades comunitarias en cada centro de salud	4	2
	Promover la investigación en actividades comunitarias	4	2

A nivel de Gerencia también hubo muchas propuestas entre las que destacaba realizar un esfuerzo real y concreto para reorientar el trabajo asistencial hacia el modelo salubrista tal y como se suponía en origen la Atención Primaria de Salud. También destacan el revalorizar y potenciar la idea del trabajo en equipo; financiar directamente actividades comunitarias que necesiten apoyos, formación o materiales; apoyar las actividades comunitarias que empiezan, facilitándoles su labor y reconociéndola, e incluir la realización de actividades comunitarias de promoción de la salud dentro de las carteras de servicios de los centros de salud.

4. Índice de gráficos y tablas

Gráficos

1. Distribución de las actividades comunitarias por tipo de fuente.....	p10
2. Año de publicación o adscripción de las actividades comunitarias.....	p11
3. Número de actividades comunitarias por comunidad autónoma.....	p11
4. Participación de otros agentes en las actividades comunitarias.....	p15
5. Participación de los equipos de atención primaria en actividades comunitarias.....	p21
6. Grado de implicación de los profesionales del centro de salud en las actividades comunitarias.....	p22
7. Apoyos institucionales a las actividades comunitarias.....	p24
8. Apoyos externos a las actividades comunitarias.....	p25
9. Canales de difusión de las actividades comunitarias.....	p27
10. Oportunidades para la realización de actividades comunitarias.....	p29
11. Dificultades para la realización de actividades comunitarias.....	p29

Tablas

1. Población diana a la que se dirigen las actividades comunitarias.....	p13
2. Objetivos de las actividades comunitarias.....	p14
3. Existencia de objetivos directamente relacionados con las actividades comunitarias en las gerencias de atención primaria.....	p23
4. Miembros de las mesas intersectoriales.....	p26
5. Tipo de formación en actividades comunitarias.....	p27
6. Propuestas dirigidas al Ministerio de Sanidad y Consumo.....	p37
7. Propuestas dirigidas a los gobiernos de las comunidades autónomas	p37
8. Propuestas dirigidas a las gerencias de atención primaria.....	p38

5. Anexos

Anexo 1. Ficha de actividades comunitarias

Anexo 2. Cuestionario informantes clave

Anexo 3. Actividades excluidas

Anexo 4. Revistas donde se han publicado las actividades comunitarias

Anexo 5. Municipios donde se han desarrollado las actividades comunitarias

Anexo 6. Centros de salud que han impulsado o participado en las actividades comunitarias

Anexo 7. Servicios no sanitarios que han participado en las actividades

Anexo 8. Entidades cívicas que han participado en las actividades

Anexo 9. Perfil profesional de los expertos

Anexo 10. Preguntas para el debate

no sanitarios	Servicios sociales ayuntamiento	<input type="checkbox"/>	
	Educación	<input type="checkbox"/>	
	Policia	<input type="checkbox"/>	
	Empleo	<input type="checkbox"/>	
	Universidad	<input type="checkbox"/>	
	Otro:	<input type="checkbox"/>	
	b) Entidades cívicas		
	Asociaciones de vecinos	<input type="checkbox"/>	
	Asociaciones de madres y padres	<input type="checkbox"/>	
	Asociaciones de enfermos	<input type="checkbox"/>	
	Asociaciones de 3ª edad	<input type="checkbox"/>	
	Parroquias	<input type="checkbox"/>	
	ONG	<input type="checkbox"/>	
	Partidos políticos	<input type="checkbox"/>	
	Otras:	<input type="checkbox"/>	
	c) Administraciones		
	Ayuntamiento	<input type="checkbox"/>	
Gobierno Autónomo	<input type="checkbox"/>		
11. Participación sectores sanitarios	Hospitales	<input type="checkbox"/>	
	Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	
	Salud Pública	<input type="checkbox"/>	
	Centros de drogodependencias	<input type="checkbox"/>	
	Farmacia	<input type="checkbox"/>	
	Universidad	<input type="checkbox"/>	
	Otro:	<input type="checkbox"/>	
	12. Perspectiva teórica	EPS	<input type="checkbox"/>
		APOC	<input type="checkbox"/>
Desarrollo comunitario		<input type="checkbox"/>	
Procesos correctores comunitarios		<input type="checkbox"/>	
IAP		<input type="checkbox"/>	
Otra:		<input type="checkbox"/>	
13. La comunidad participa	En el diseño	<input type="checkbox"/>	
	En el desarrollo	<input type="checkbox"/>	
	En la evaluación	<input type="checkbox"/>	
14. Evaluación	Si	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
15. Tipo evaluación	Proceso	<input type="checkbox"/>	
	Resultados	<input type="checkbox"/>	
	No queda claro	<input type="checkbox"/>	
16. Métodos evaluación	Cuantitativo	<input type="checkbox"/>	
	Cualitativo	<input type="checkbox"/>	
	No queda claro	<input type="checkbox"/>	
17. Observaciones	_____		

Anexo 2. Cuestionario informantes clave

Palma, 26 de noviembre de 2007

Estimado/a compañero/a,

Desde el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), se está llevando a cabo el estudio "Aproximación a la **situación de las actividades comunitarias** en atención primaria de salud en España" financiado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Salud y Consumo, que pretende ofrecer una **idea general** de la situación de estas actividades en el ámbito sanitario.

Queremos solicitar tu colaboración para cumplimentar el cuestionario adjunto. Para su contestación, es probable que necesites solicitar alguna información, e incluso, si lo consideras necesario, puedes mandar el cuestionario a las diferentes áreas de tu comunidad autónoma y posteriormente sintetizar la información en un solo cuestionario.

Te agradeceríamos que nos enviaras el cuestionario cumplimentado antes del **21 de diciembre** a la siguiente dirección de correo electrónico: mramos@dgsanita.caib.es

Para cualquier aclaración puedes contactar con María Ramos en el teléfono: 971 17 68 85 o a través de la dirección de e-mail antes citada.

Te agradecemos de antemano tu colaboración

Atentamente,

Los codirectores del proyecto



Mario Soler
Responsable nacional del PACAP



Sebastià March
Unidad de investigación GAP Mallorca

Cuestionario sobre actividades comunitarias en Atención Primaria

¡Es importante leer esta parte con detenimiento para rellenar el cuestionario!

Por lo que respecta a este cuestionario, **entenderemos por actividad comunitaria** todas aquellas acciones de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

No se considerarán y por tanto se excluirán:

- Aquellas acciones dirigidas únicamente al diagnóstico de problemas específicos de salud (programas de cribado, revisiones, etcétera) si los ciudadanos son meros receptores pasivos y no hay participación activa de algún sector de la comunidad (ciudadanos, asociaciones, otros servicios: sociales, educativos, etcétera).
- Aquellas acciones dirigidas únicamente a la prevención de un problema concreto de salud mediante la aplicación de una intervención concreta (programas de vacunación, sellado de molares, etcétera) si no hay participación activa de algún sector de la comunidad.
- Aquellas acciones dirigidas únicamente a identificar y aconsejar sobre factores de riesgo (toma de tensión arterial y otras determinaciones, hábitos tóxicos como consumo de alcohol, tabaco y otros, etc.).
- Aquellas consultas individuales específicas, aunque sean de promoción de la salud (consulta joven, consulta de planificación familiar, consulta de tabaquismo, etcétera), excepto si forman parte de un proyecto más amplio con participación de algún sector de la comunidad.
- Aquellas acciones dirigidas a grupos donde la participación de la comunidad es nula, como por ejemplo una conferencia o serie de charlas que se limiten a transmitir información.

En cambio, sí que se consideran actividades comunitarias: grupos de educación para la salud, mesas intersectoriales, proyectos de desarrollo/planes comunitarios, consejos de salud que estén activos, etcétera.

1. En tu opinión, la participación de los equipos de atención primaria en actividades comunitarias en salud en tu CCAA es aproximadamente:

- Muy alta (aproximadamente más del 80% de los EAP participan).
- Alta (aproximadamente entre el 60% y el 80% de los EAP participan).
- Media (aproximadamente entre el 40% y el 60% de los EAP participan).
- Baja (aproximadamente entre el 20% y el 40% de los EAP participan).
- Muy baja (menos del 20% de los EAP participan).
- Lo desconozco.

Justifica por favor tu respuesta:

2. En general, la participación de los profesionales en estas actividades se desarrolla mayoritariamente: **(marcar sólo una opción)**

- En horario laboral.
- Fuera del horario laboral.
- Parte en horario laboral y parte fuera.
- Lo desconozco.

3. En tu opinión, ¿cuál es el grado de implicación de cada uno de los colectivos profesionales del centro de salud en la promoción de las actividades comunitarias en salud en tu CCAA? **(Puntúa CADA UNA DE LAS OPCIONES de 0 a 5 según el grado de importancia, de menos a más).**

- Médicos (de familia, pediatras...).
- Enfermeras.
- Trabajadores sociales.
- Profesionales de las unidades de apoyo (salud mental, atención a la mujer, etc.).
- Administrativos.

Apoyo a las actividades comunitarias:

4. ¿Tienen las gerencias de atención primaria de tu CCAA entre sus objetivos formales alguno relacionado directamente con las actividades comunitarias en salud? **(marcar sólo una opción)**

- No, ninguna gerencia.
- Sí, algunas.
- Sí, la mayoría (más de la mitad).
- Sí, todas.
- Lo desconozco.

Si lo tienen, ¿cual o cuales son estos objetivos?

5. ¿Tiene la consejería de salud de su CCAA entre sus objetivos formales alguno relacionado directamente con las actividades comunitarias en salud? **(marcar sólo una opción)**

- Sí.
- No.
- Lo desconozco.

Si lo tienen, ¿cual o cuales son estos objetivos?

6. ¿Reciben estas actividades algún tipo de apoyo desde las instituciones autonómicas? **(ver, antes de responder, la pregunta 7)**

- Sí.
- No. **(si marca esta opción pase a la pregunta 8)**

7. ¿Que tipo de apoyo? (marca con una cruz las opciones que correspondan)

	Salud pública	Otros niveles del Servicio Autónomo de Salud	Gerencia de Atención Primaria	Ayuntamiento	Otras:
Liberación de profesionales					
Actividades formativas para profesionales					
Contratación de técnicos de apoyo					
Premios/becas					
Apoyo técnico desde unidades de docencia y/o investigación					
Presupuesto específico para actividades					
Materiales de apoyo para profesionales					
Materiales de apoyo para usuarios					
Apoyo para publicaciones o divulgación					
Cesión de locales					
Inclusión en contrato programa/cartera de servicios					
Otros.....ll.....					
Otros.....					

8. ¿Reciben estas actividades algún tipo de apoyo explícito desde entidades ajenas a la administración? (ver, antes de responder, la pregunta 9)

Si.

No. (si marca esta opción pase a la pregunta 10)

9. ¿Que tipo de apoyo ofrecen las entidades? (marca con una cruz las opciones que correspondan)

	Sociedades científicas	Asociaciones/ colegios profesionales	Asociaciones ciudadanas	ONG	Parroquia	Otras
Actividades formativas para profesionales						
Contratación de técnicos de apoyo						
Premios/becas						
Inclusión entre sus planes y objetivos						
Apoyo para publicaciones o divulgación						
Cesión de locales						
Materiales de apoyo para profesionales						
Materiales de apoyo para usuarios						
Presupuesto explícito actividades						
Otros.....						
Otros.....						

10. ¿Existen en vuestra CCAA consejos de salud en cualquiera de sus distintos niveles (área, distrito, zona...)?

Se entiende por estos los órganos de participación que: 1. son estables (se reúnen al menos dos veces al año); 2. en ellos participan ciudadanos y profesionales de atención primaria; 3. abordan temas en relación con la salud y/ los servicios

- No. (si marca esta opción pase a la pregunta 12)
- Si.
- Lo desconozco.

11. ¿Aproximadamente cuantos consejos de salud hay en su CCAA?

- Lo desconozco.

12. ¿Existen estructuras de coordinación intersectorial en las que participan distintas instituciones del área (comisiones mixtas con salud, de servicios sociales, educación, etc.) que trabajen temas de actividades comunitarias en salud?

- No. (si marca esta opción pase a la pregunta 14).
- Lo desconozco.
- Si. ¿Cuales?

.....

13. Que instituciones u organizaciones participan en las diferentes estructuras de coordinación intersectorial? **(pueden marcarse varias opciones)**

- Atención primaria de salud.
- Consejería de Salud (Salud Pública).
- Servicios de Salud autonómicos.
- Ayuntamientos.
- Consejería de Educación.
- ONG.
- Asociaciones de ciudadanas.
- Centros de salud municipales.
- Otras.....
-
- Lo desconozco.

14. En tu opinión, ¿cuál es el grado de implicación de los siguientes organismos o instituciones en la promoción de las actividades comunitarias en salud en tu CCAA? **(Puntúa CADA UNA DE LAS OPCIONES de 0 a 5 según el grado de importancia, de menos a más).**

- Servicios de Salud autonómicos.
- Consejería de Salud (Salud Pública).
- Atención primaria de salud.
- Consejería de Educación.
- Ayuntamientos.
- ONG.
- Asociaciones de ciudadanos/movimientos sociales.
- Centros de salud municipales.
- Otras.....
-
- Lo desconozco.

Formación:

15. En el programa de formación continuada que ofreció la administración sanitaria en el último año en tu CCAA, ¿había actividades formativas (cursos, talleres...) específicas sobre actividades comunitarias?

- No. **(si marca esta opción pase a la pregunta 18).**
- Si.
- Lo desconozco.

16. ¿Se utiliza en estas actividades formativas una metodología activa?

- Si.
- No.
- Lo desconozco.

17. ¿Que tipo de actividad formativa era? **(pueden marcarse varias opciones)**

- Iniciación a las actividades comunitarias
- Educación para la salud con grupos
- Metodología de intervención comunitaria.
- Diagnóstico comunitario.
- Procesos correctores comunitarios.
- Metodología APOC.
- Investigación acción participativa
- Otros.....
-
- Lo desconozco.

18. En general, ¿los residentes de medicina de familia en tu CCAA, reciben formación específica en actividades comunitarias?

- No.
- Si. ¿Qué formación?.....
- Lo desconozco.

19. En general, ¿los residentes de alguna especialidad de enfermería en su CCAA, reciben formación específica en actividades comunitarias?

- No.
 - Si. ¿Qué formación?.....
- ¿De qué especialidad?.....

Lo desconozco.

20. ¿Se han elaborado materiales específicos de apoyo a las actividades comunitarias dirigidos a profesionales?

- Si.
- No.
- Lo desconozco.

21. ¿Se han elaborado materiales específicos de apoyo a las actividades comunitarias dirigidos a usuarios?

- Si.
- No.
- Lo desconozco.

22. ¿Tiene alguna observación que añadir sobre el tema de la formación en actividades comunitarias?

.....
.....

Difusión:

23. ¿Cuáles de los siguientes canales se utilizan en tu CCAA para la difusión de las actividades comunitarias? **(pueden marcarse varias opciones).**

- Carteles
- Folletos
- Revista propia
- Prensa
- Radio
- TV
- Internet
- Otro (especificar).....

Elementos de las actividades comunitarias

24. En tu opinión, en el momento actual ¿cuales son los principales elementos facilitadores (oportunidades) para la realización de actividades comunitarias en salud en vuestra CCAA? **(puntuá cada una de las opciones de 0 a 5 según el grado de importancia)**

- Alta motivación de los profesionales.
- Apoyo de las instituciones.
- Alto grado de asociacionismo en la CCAA.
- Existencia de mesas intersectoriales/consejos de salud.
- Demanda de la población.
- Presencia de médicos residentes o estudiantes sanitarios en los centros.
- Alto nivel de formación de los profesionales.

- Equipos de trabajo multidisciplinares.
- Otras.....
- Lo desconozco.

25. ¿Y cuales son las principales dificultades para su desarrollo? (puntuá cada una de las opciones de 0 a 5 según el grado de importancia)

- Falta de tiempo.
- Falta de formación de los profesionales.
- Falta de motivación (por qué).
- No se le ve la utilidad (para qué).
- Falta de apoyo de las instituciones.
- Falta de contacto con el tejido asociativo de la comunidad.
- Falta de interés de la población.
- Otras.....
- Lo desconozco.

26. ¿Tienes alguna/s propuesta/s que hacer sobre acciones o medidas para mejorar la situación actual de la implantación de las actividades comunitarias de salud en tu CCAA?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Por último, falta rellenar algunos de tus datos.

- 27 ¿Cual es tu CCAA?.....
- 28. ¿Cuál es tu/vuestro puesto de trabajo?.....

¡Muchas gracias por la colaboración!

Una vez cumplimentado el cuestionario, enviar a María Ramos, mramos@dgsanita.caib.es o a la dirección postal: Conselleria de Salut i Consum. C/ Cecilio Metelo 18 07003. Palma. En caso de duda, llamar al 971 17 68 85.

Anexo 3. Actividades excluidas*

Fuente	Causa exclusión	Número
Artículos		
	No es una actividad comunitaria	9
	No participa centro de salud	29
	Actividad realizada fuera de España	7
	Subtotal artículos	45
Redes		
RAC	No es una actividad comunitaria	11
	No participa centro de salud	2
	Actividad realizada fuera de España	2
	Subtotal RAC	15
RAPPS	No participa centro de salud	37
AUPA	No es una actividad comunitaria	1
	Subtotal redes	53
Comunicaciones		
	No es una actividad comunitaria	9
	No participa centro de salud	4
	Actividad realizada fuera de España	3
	Subtotal comunicaciones	16
	TOTAL EXCLUSIONES	114

*No se han incluido en la tabla las actividades excluidas porque ya estaban recogidas en otro formato

Anexo 4. Revistas donde se han publicado las actividades comunitarias

Revista	Nº
Atención Primaria	31
Centro de Salud	10
Enfermería Científica	10
Metas de Enfermería	8
Trabajo Social y Salud	8
Comunidad	6
A tu Salud	4
Revista Sanitaria de Higiene Pública	4
Enfermería Clínica	3
Salud Rural	2
Semergen	2
Anales Españoles de Pediatría	1
Cuidando la Salud	1
Educación Diabética Profesional	1
Educare 21	1
Enfermería Comunitaria	1
Enfermería Integral	1
Gerokomos	1
Index de Enfermería	1
Medifam	1
Revista Clínica Española	1
Revista Española de Salud Pública	1
Revista Rol de Enfermería	1

Anexo 5. Municipios donde se han desarrollado las actividades comunitarias

Municipio	Nº	Municipio	Nº
A Coruña	2	Gijón	6
Alaejos	1	Girona	3
Albacete	2	Granada	13
Alcalá de Henares	6	Guadalajara	1
Alcáñiz	2	Hospitalet	2
Alcorisa	1	Huelva	1
Alicante	4	Huesca	3
Amer	1	Huétor Vega	1
Andorra	1	Humanes	2
Antequera	1	Jaca	1
Aranjuez	4	Jerez de la Frontera	2
Archena	1	La Carolina	1
Archidona	1	La Eliana	1
Avila	1	La Roca del Vallès	1
Badajoz	8	Las Navas de la Concepción	3
Badalona	1	Las Palmas	5
Barcelona	13	Leganés	11
Barracas	1	Lérida	1
Basauri	1	Linares	1
Bea	1	Logroño	1
Betera	3	Los Realejos	1
Biescas	1	Lumbrales	1
Bihar	1	Luna	1
Bilbao	3	Llanera	1
Bonavista	7	Lliria	1
Broto	1	Madrid	113
Cabezón de la sal	1	Málaga	12
Cáceres	2	Malagón	1
Cádiz	2	Manises	3
Calicanto	1	Manresa	2
Camas	2	Maracena	1
Cambrils	5	Meco	1
Campo de Montiel	1	Minglanilla	1
Campo Real	1	Moguer	1
Cantillana	1	Montcada	1
Cartagena	3	Montmeló	1
Castellar-Oliveral	1	Móstoles	2
Castro Urdiales	4	Murcia	6
Ciudad Rodrigo	1	Navarrés	1
Cocentaina	2	Nerja	2
Cónchar	1	Novelda	1
Córdoba	3	Nuevo Baztán	1
Cornellà	1	Numancia	1
Cozvíjar	1	Olocau	1
Cuellar	2	Orihuela	1
Cuenca	1	Padul	1
Dúrcal	1	Palencia	1
El Portillo	1	Palma	2
El Toro	1	Polanco	1
Eria	1	Pontevedra	2
Espejo	1	Pozuelo de Alarcón	1
Falset	1	Pumarín	1
Fernán Caballero	2	Reus	3
Fraga	1	Rivas-Vaciamadrid	4
Fuenlabrada	17	Sabadell	4
Fuensalida	1	Sabiñánigo	4
Gátova	1	Sádaba	1
Getafe	2	Salamanca	8

Municipio	Nº	Municipio	Nº
Salt	2	Teruel	2
San Boi de Llobregat	1	Toledo	3
San Fernando	1	Torrejoncillo del Rey	1
San Joan Despí	1	Torrelavega	1
San Just Desvern	1	Torrente	1
San Lúcar de Barrameda	1	Utrillas	1
San Martín de la Vega	1	Valdefierro	1
San Miguel de Arroyo	1	Valdemoro	1
San Sebastián de los Reyes	2	Valdemorrillo	1
Sant Celoni	1	Valencia	12
Santa Coloma de Gramanet	1	Valladolid	8
Santa Cruz de Tenerife	1	Vigo	2
Santander	1	Vila-seca	1
Santoña	3	Villamartín	1
Sevilla	8	Villel	1
Talavera de la Reina	3	Vitoria	1
Telde	1	Zaragoza	20
Terrassa	1	Zuera	1

Anexo 6. Centros de salud que han impulsado o participado en las actividades comunitarias

Centro de salud	Nº	Centro de salud	Nº
15 de mayo	2	Cantillana	1
Abrantes	4	Cartuja	5
Acebo-San Andrés	2	Casa del Barco	1
Actur Norte	1	Casco Vello II	1
Actur Sur	1	Castellar-Oliveral	1
Alaejos	1	Castilla la Nueva	1
Africa	1	Castilleja de la Cuesta	1
Alameda de Osuna	2	Centro docente Ayuntamiento Barcelona	1
Albayzín	5	Cerro del Águila	1
Alcalá-Dos Hermanas	1	Ciudad Jardín	2
Alcalá de Guadaira	5	Ciudad Rodrigo	1
Alcáñiz	1	Cocentaina	2
Alcaravanas	1	Comillas	1
Aldea Moret	1	Contrueces	4
Aliaga	1	Còrsega	1
Alicante	4	Cotolino	4
Almanjáyar	3	Creu Alta	1
Almendrales	1	Cuellar	2
Altamira	2	Cuenca II	1
Andorra	1	Cuzco	6
Anglès	1	Chafarines	1
Antequera	1	Chipiona	1
Aranjuez	8	Delicias II	2
Archena	1	Delicias Sur	3
Archidona	1	Dr Gimbernat	2
Ariz	1	Durcal-Valle de Learin	1
Arrendó	1	Eixample	1
Arturo Eyries	1	El Arroyo	1
Avenida de Abrantes	1	El Carmel	2
Avenida de Daroca	4	El Espinillo	9
Avila Estación	1	El Fondo	1
Babel	1	El Naranjo	2
Badalona-5	1	El Portillo	1
Balconcillo	1	El Progreso	2
Baltanas	1	Eloy Gonzalo	6
Banyola	1	Federica Montseny	1
Barajas	1	Fraga	1
Barbastro	1	Francia	2
Barrio Alto	1	Francia II	1
Barrio Peral	2	Fuengirola	1
Benamargosa	1	Fuenlabrada	1
Betera	1	Fuensalida	1
Bihar	1	Fuentes Norte	7
Bolillas	1	Galdar	1
Bombarda-Monsalud	1	Gaudí	1
Bonavista-la Canonja	6	General Ricardos	10
Burguillos	1	Getafe sector III	3
Burjassot	1	Girona 2	1
Burell	1	Girona 3	1
Cáceres	5	Girona 4	2
Calamocha	1	Goya I	1
Calesas	1	Grañén	2
Camas	2	Guayaba	2
Cambrils	3	Hermano Aznar	1
Campiña Sur	1	Huesca	1
Campo Real	2	Huétor Tajar	3
Camps Blanes	1	Humanes	1
Cangas	1	Ibiza	1

Centro de salud	Nº	Centro de salud	Nº
Jaime Vera	4	Monóvar	7
Isabel II Parla	1	Montgat-Tiana	1
Jaca	2	Montigalà	1
Jaime Soler	1	Montmelló	1
José Maria Pernán	1	Montornés del Vallès	1
Juan XXIII	1	Muñoz Fernández	1
Just Oliveras	1	Natahoyo	1
Kaseaga	1	Navarrés	1
La Alamedilla	6	Nerja	2
La Canonja	1	Nova Lloreda	1
La Carolina	1	Novelda	1
La Eliana	1	Numancia	4
La Estación	2	Occidente	1
La Jota	1	Olarizu	2
La Mina	1	Opañel	1
La Nora	2	Orcasitas	1
La Pardilla	1	Orihuela	1
La Paz	4	Padre Jofré	3
La Puebla de Montalbán	1	Palomares-San Diego	1
La Riera	1	Pallars Sobirà	1
La Roca del Vallès	1	Panaderas I	1
La Roda	1	Parque Loranza	1
Larrard	1	Párroco Julio Morate	2
Las Delicias	1	Pavones	5
Las Navas de la Concepción	3	Peña Prieta	1
Las Remuda	1	Pere Bonfill	1
Leganés	1	Perpendicular	2
Les Hortes	1	Perpetuo Socorro	1
Les Planes	1	Pino Montano	1
Los Realejos	1	Plaza de Argel	1
Luengo Rodríguez	1	Polanco	2
Lumbrales	1	Pontones	3
Luna	1	Portazgo	1
Llanera	1	Portillo	1
Llefià	1	Potes	3
Lliria	4	Pozoblanco	1
Lluís Sayé	1	Presentación Sabio	1
Malagón	3	Puente de Vallecas	1
Manises	3	Puerta Bonita II	1
Mansó	1	Puerta de Madrid	1
Manuel Merino	4	Puerto de la Torre	1
Maracena	1	Puerto de la Torre-Almogía	1
Marbella	1	Puerto Real	1
Maria de Guzmán I	1	Pumarín	1
Marià Fortuny	2	Rafael Alberti	5
Marie Curie	1	Reus 4	1
Marina Española	1	Reus-Altebrat	1
Marinals	1	Rodríguez Paterna	1
Marines	1	Roquetes	1
Martín de Vargas	1	Ruta	1
Matamà	1	Sabadell Nord	1
Mayorga	1	Sabiñánigo	1
Meco	1	Sádaba	1
Medina Sidonia	2	Sagrada Família	2
Mendiguchia Carriche II	2	Saja	1
Mingianilla	1	Salt	1
Miranda del Castañar	1	Salvador Caballero	1
Molino de la Vega	1	Salvador Pau	1
Monforte del Cid	1	San Adrián	1

Centro de salud	Nº	Centro de salud	Nº
San Andrés-Torcal	5	Teruel	1
San Andrés II	4	Tetuán	1
San Antón-Cartagena	2	Toledo / Acacias II	3
San Fernando	6	Torito	1
San Isidro II	1	Torre Ramona	4
San José	2	Torreblanca	1
San Juan	1	Torrejoncillo del Rey	1
San Just	1	Torrelavega Norte	1
San Marcelino	5	Torrente	1
San Martín de la Vega	3	Tórtola	1
San Roque	1	Trinidad Jesús-Cautivo	1
Sant Celoni	1	Trujillo	1
Sant Idelfons	1	Turó	1
Sant Oleguer	1	Utrillas	1
Sant Roc	1	V Centenario	2
Santa Bárbara	1	Valdefierro	2
Santa Coloma de Farnés	1	Valdemoro	1
Santa Cruz de los Cáñamos	1	Valencia de Alcántara	1
Santa Eulàlia del Sud	1	Vallcarca-San Gervasi	1
Santa Lucía	1	Vecindario	1
Santa María de Benquerencia	1	Vicente Soldevilla	6
Santa María de Gracia	1	Vila-seca	1
Santomera	1	Villaviciosa	1
Santoña	3	Villel	1
Sárdoma	1	Virgen de Fuensanta	1
Sariñera	1	Vista Alegre II	1
Seminario	1	Viver	1
Sillería	1	Zaratán	1
Son Gotleu	1	Zona IV	1
Talavera de la Reina	1	Zaidón	1
Teis	2	Zuera	1
Terrassa Est	1		

Anexo 7. Servicios no sanitarios que han participado en las actividades

Servicio	Nº	%
Educación	138	29,2
Servicios sociales	99	21,0
Medios de comunicación	27	5,7
Universidad	22	4,7
Centros de educación de adultos	14	3,0
Centro de personas mayores	12	2,5
Centro cívico	11	2,3
Centros de la mujer	8	1,8
Policía	7	1,5
Centros de juventud	5	1,1
Mediadores	4	0,9
Escuela de Salud Pública	4	0,8
Centros culturales	4	0,9
Educadores	3	0,7
Abogados	3	0,7
Centros de día	3	0,7
Bibliotecas	3	0,7
Centros de profesorado	2	0,4
Centros sociolaborales	2	0,4
Cajas	2	0,4
Escuelas-taller	2	0,4
Monitores actividad física	1	0,2
Monitores cocina	1	0,2
Centro de Alzheimer	1	0,2
Protección de menores	1	0,2
Centro recursos comunitarios	1	0,2
Centro promoción de la salud	1	0,2
Centro desarrollo rural	1	0,2
Restaurante	1	0,2

Anexo 8. Entidades cívicas que han participado en las actividades

Entidades	Nº	%
Asociaciones de madres y padres	40	8,5
Asociaciones de vecinos	38	8,1
ONG	31	6,6
Parroquias	16	3,4
Madres y padres	12	2,5
Consejos de salud	12	2,5
Asociaciones de mujeres	11	2,3
Voluntarios	10	2,1
Partidos políticos o sindicatos	9	1,9
Asociaciones de enfermos	8	1,8
Asociaciones de amas de casa	7	1,5
Asociaciones deportivas	7	1,5
Asociaciones de jóvenes	7	1,5
Asociaciones de la tercera edad	7	1,5
Asociaciones de desarrollo comunitario	6	1,3
Consejos escolares	6	1,3
Asociaciones de inmigrantes	4	0,9
Asociaciones culturales	4	0,9
Sociedades científicas	4	0,9
Colegios profesionales	4	0,9
Asociaciones de drogodependientes	3	0,7
Asociaciones de consumidores	3	0,7
Asociaciones de discapacitados	2	0,4
Líderes comunitarios	2	0,4
Asociaciones de campesinos	2	0,4
Objetores	2	0,4
Asociación de viudas	1	0,2

Anexo 9. Listado de expertos

NOMBRE	PERFIL	PROCEDENCIA
Clara Vidal	Enfermera	Islas Baleares
Juan Luis Ruiz-Gimenez	Médico de Familia	Madrid
Gonçal Foz Gil	Médico de Familia	Cataluña
Ignacio Maynar Mariño	Médico de Familia	Extremadura
M ^a José Pérez Jarauta	Salud Pública	Navarra
Marta Lozano Sabroso	Trabajadora Social	Madrid
Andreu Segura	Salud Pública	Cataluña
Nacho García Pineda	Gerente Atención Primaria	Islas Baleares
Gloria Cavanna Trujada	Movimiento Vecinal	Madrid
Chelo Reyes Ruiz	Matrona	Castilla y León
Lola Veiguela	Educadora Social	Galicia

Anexo 10. Preguntas para el debate

En la revisión se ha observado que la difusión en la literatura científica de las actividades comunitarias es escasa. Las redes de actividades comunitarias son el medio de difusión más utilizado. Algunas comunidades autónomas con importante desarrollo de las actividades comunitarias han promovido su difusión, mientras que otras se han centrado en la elaboración de materiales dirigidos a profesionales y usuarios pero sin dar a conocer las actividades que desarrollan.

1. ¿Sería necesario elaborar un manual de buenas prácticas en intervención y participación comunitaria? ¿A quién debería dirigirse? ¿Quién podría hacerlo?

Las mujeres, en sus diferentes situaciones vitales, son la población diana más frecuente en las actividades comunitarias identificadas mediante la revisión. En cambio, sólo una de cada cinco actividades comunitarias identificadas tiene como población diana la población general.

2. La realización de una actividad comunitaria dirigida a un grupo de población concreto (por ejemplo, un grupo de personas con una enfermedad o problema de salud determinado), ¿crees que es un buen punto de partida para el desarrollo posterior de un proyecto comunitario que implique a toda la comunidad? ¿Cómo piensas que se podrían mejorar estas actividades?

Entre las actividades comunitarias identificadas, la participación de las entidades cívicas (principalmente asociaciones ciudadanas) y de las administraciones (principalmente los ayuntamientos) es baja. Sabemos que ambas son clave para el éxito de un proyecto de participación comunitaria.

3. ¿Cómo se podría fomentar la participación de la ciudadanía y de la administración local en las actividades comunitarias?

En opinión de los informantes clave, las enfermeras y las trabajadoras sociales son los profesionales de atención primaria más implicados en las actividades comunitarias.

4. Nos preguntamos si esta situación es la óptima. ¿Qué profesionales deben liderar las actividades comunitarias? ¿Qué papel podrían jugar los médicos de familia?

La mayoría de comunidades autónomas ofertan a los profesionales de atención primaria algún tipo de formación sobre actividades comunitarias. Sin embargo, una de las barreras identificadas por los informantes clave para el desarrollo de actividades comunitarias es, precisamente, la falta de formación.

5. ¿Por qué pensáis que se produce esta discordancia? ¿Cómo se podría salvar esta barrera?

Paralelamente, los informantes clave aducen la falta de tiempo de los profesionales sanitarios de atención primaria para el desarrollo de actividades comunitarias. Precisamente, algunas de las actividades comunitarias identificadas se dirigían a “ganar tiempo” en el centro de salud a

través de la educación de los usuarios sobre el buen uso de los servicios del centro de salud, principalmente de las urgencias.

6. ¿Piensas que la falta de tiempo para las actividades comunitarias, condicionada por la presión asistencial, se solucionaría con el aumento de profesionales en el centro de salud? ¿O piensas por el contrario que lo que habría que hacer es reorientar la atención que prestan y la organización de los centros de salud? ¿En tal caso, en qué sentido piensas que habría de reorientarse la atención?

Los informantes clave de las comunidades autónomas han señalado las oportunidades y barreras que desde su punto de vista existen para la realización de actividades comunitarias con participación de atención primaria. Por otra parte, la Agencia de Calidad del Ministerio de Salud y Consumo, quien ha financiado este estudio, tiene entre sus objetivos el de promocionar las actividades comunitarias.

7. ¿Qué medidas concretas piensas que deberían aplicar las administraciones sanitarias para el mayor y mejor desarrollo de actividades comunitarias en los centros de salud?