

## ORIGINALES

# Diario comunitario: ¿Qué actividades comunitarias se realizan en nueve centros de Atención Primaria?

**Alba Cabellos Sánchez.** Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia.

**Clara Madueño Garro.** Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Roger de Flor.

**Alba María Campos Lizcano.** Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia.

**Alba Aguado Jodar.** Epidemióloga. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia.

### Para contactar:

Alba Cabellos Sánchez: [abs.cabellos@gmail.com](mailto:abs.cabellos@gmail.com)

## RESUMEN

**Objetivo:** describir las actividades comunitarias (AC) realizadas en diferentes centros de Atención Primaria (CAP) de ACEBA (Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa) durante 2015.

**Métodos:** estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado durante 1 año en nueve CAP de Catalunya (cinco urbanos y cuatro rurales). Se recogieron diferentes características de las AC, facilitadas por personal de cada centro, con las que se rellenó una base de datos que recogía diferentes variables: tipo de centro (rural/urbano), área temática, población diana, sexo, estrategia (promoción de la salud o prevención de la enfermedad), tipo de AC, lugar de realización y profesional implicado.

**Resultados:** se recogieron 111 AC. El 56% se realizaron en el ámbito urbano y el 44% en el rural. El tema más abordado fue la salud general, en primer lugar, y la promoción de la actividad física, en segundo. El 71,2% de las actividades fueron dirigidas a población adulta y/o personas mayores (64,9%), con estrategias de promoción de la salud (64,9%) y prevención de la enfermedad (57,6%). El tipo de AC fue en formato taller (45%) o charla (29,7%) y el lugar de realización mayoritario fue el CAP (54,1%). El personal más implicado fue enfermería en un 63,1%. Solo en un 31,5% de los casos hubo más de un profesional implicado. En el 18,9% de las actividades se pasó encuesta de satisfacción y en un 80,2% no se revisó bibliografía previamente.

**Discusión:** es necesario descentralizar las intervenciones del CAP, incrementar la multidisciplinariedad, distribuir las implicaciones de los profesionales en las AC y mejorar su diseño, basándolas en la evidencia y evaluándolas en resultados de salud.

**Palabras clave:** intervenciones comunitarias, Atención Primaria, promoción de la salud.

## WHAT KIND OF COMMUNITY ACTIVITIES ARE WE PERFORMING IN NINE PRIMARY CARE CENTERS?

### Abstract

**Objective:** To describe community activities (CA) developed in primary care centres linked to ACEBA (Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa) during 2015.

**Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive multicenter study conducted during one year in nine primary care centers in Catalonia (five urban and four rural). The different features of the community activities were included in the general database: type of primary care centre (rural/urban), thematic area, target population, gender, strategy (health promotion or prevention), type of activity, location and staff involved.

**Results:** A total of 111 CA were included. 56% were performed in urban areas and 44% in rural ones. The most discussed topic was general health in the first place, and promotion of physical activity in the second place. 71.2% of the activities were focused on adults and/or the elderly population (64.9%), with health promotion (64.9%) and/or prevention (57.6%) strategies. 45% of the activities were in a workshop format, and 29.7% were in discussion format, and most – 54.1% – were conducted in primary care centres. The most frequently involved staff were nurses (63.1%). 18.9% of the activities used a satisfaction survey. 80.2% did not review previous literature.

**Discussion:** It is important to decentralize the activity in primary care centres, adopt a more multidisciplinary approach, better distribute the involvement of healthcare professionals in CA, and improve the design of every community activity based on published evidence in this field, and evaluate activities with health outcomes.

**Key words:** community interventions, primary care, health promotion

## INTRODUCCIÓN

Si bien es cierto que la Medicina Familiar y Comunitaria ha experimentado una importante transformación en los últimos años, con una revisión de la formación durante su residencia, un reconocimiento y reforma de la especialidad y una revalorización de su función dentro del sistema sanitario<sup>1</sup>, también

es verdad que todavía hay aspectos de esta especialidad que siguen mal definidos, como es el caso de la atención comunitaria. Hacer actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social, contribuir a la educación sanitaria de la población y realizar el diagnóstico de salud de la zona son algunas de las funciones de los equipos de Atención Primaria (EAP) recogidas en el artículo 5 del Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud<sup>2</sup>. Sin embargo, las intervenciones comunitarias se menosprecian dentro de la cultura biomédica imperante en la actualidad<sup>3</sup>, y las y los profesionales de la medicina se dedican a la atención de enfermedades que no siempre tienen que ver con los problemas reales de las poblaciones con las que tratamos a diario<sup>4</sup>. La evidencia demuestra que la promoción de la salud constituye un elemento esencial de la prestación de los servicios sanitarios<sup>5</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera imprescindible la participación y responsabilidad de las comunidades para el desarrollo de su salud, y cree que la Atención Primaria (AP) orientada a la familia y la comunidad es una de las principales estrategias de actuación<sup>6</sup>. Con todo, nos planteamos investigar y describir las actividades e intervenciones comunitarias que se llevan a cabo en centros de nuestro entorno para conocer las distintas iniciativas y saber de qué punto partimos y hacia dónde queremos ir.

## OBJETIVOS

Describir las actividades comunitarias (AC) llevadas a cabo en nueve centros de Atención Primaria (CAP) de ACEBA (*Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa*) durante el año 2015.

## MÉTODOS

Diversos residentes de medicina y enfermería de UDACEBA (Unidad Docente de ACEBA) recogimos las AC realizadas durante el año 2015 de los nueve CAP de ACEBA (cinco urbanos y cuatro rurales). La iniciativa de realizar este estudio fue en el contexto de la formación del grupo de salud comunitaria Fem Salut al Barri de la UDACEBA. Este estudio fue el punto de partida, queríamos ver de dónde partíamos y qué estábamos haciendo actualmente en relación con las AC, por ello se eligieron los centros señalados. La información fue facilitada por el coordinador médico de las mismas áreas básicas con el que se contactó vía telefónica o vía correo electrónico. Cada residente se encargó de preguntar en uno o dos centros de salud (cinco residentes en total). Los datos se plasmaron en un mismo cuadernillo con el que realizamos una base de datos que reunía diferentes características de cada actividad:

- Tipo de centro: rural/urbano.
- Área temática.
- Población diana.
- Sexo
- Estrategia: promoción de la salud o prevención de la enfermedad (en este caso se especificaba si era primaria, secundaria o terciaria).
- Tipo de AC (se definen en la [tabla 1](#)).
- Lugar de realización.
- Profesional implicado.

Tabla 1. Definición de las áreas temáticas

Área temática	Definición
<b>Salud general</b>	Engloba el conjunto de AC relacionadas con los estilos de vida y acontecimientos vitales. Por ejemplo: alimentación saludable, higiene postural, salud sexual, hábitos tóxicos, violencia machista o el documento de voluntades anticipadas
<b>Promoción de la actividad física</b>	Conjunto de AC que promueven la actividad física como herramienta terapéutico-preventiva. Por ejemplo las caminatas de salud, taichí, yoga, etc.
<b>Puerperio y cuidado del recién nacido</b>	Conjunto de AC destinadas al puerperio y al cuidado del recién nacido: talleres de lactancia, masaje infantil, puericultura, higiene del bebé...
<b>Actividades solidarias</b>	Conjunto de AC realizadas en colaboración con otras entidades con un objetivo social sin ánimo de lucro que proporciona un beneficio comunitario. Por ejemplo: recogida de alimentos o ropa para los refugiados
<b>Atención al cuidador/a</b>	Conjunto de AC destinadas a la prevención de enfermedades, claudicación y rehabilitación del cuidador/a, así como la educación para adquirir habilidades de cuidado
<b>Actividades para personas mayores</b>	Conjunto de AC destinadas específicamente a las personas mayores. Por ejemplo: talleres de memoria, prevención de caídas, etc.
<b>Salud emocional y apoyo mutuo</b>	Conjunto de AC destinadas al abordaje de la salud emocional de personas con distintos problemas del área de la salud mental
<b>Comunicación</b>	Conjunto de recursos comunitarios enfocados a la difusión de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud. Por ejemplo: sección de salud en un programa de radio o revistas de salud

AC: actividades comunitarias.

La agrupación por áreas temáticas se realizó posteriormente a la recogida de datos según un consenso entre una epidemióloga, un médico de familia, una enfermera y dos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. No existe un modelo previo que recoja las mismas áreas temáticas, pero las presentes

fueron inspiradas en estudios como el proyecto frAC<sup>7</sup>.

**Análisis estadístico.** La frecuencia de distribución de las variables categóricas se expresó en forma de porcentajes. Se aplicó el test de chi cuadrado y chi cuadrado de tendencia lineal en las variables con una gradación en las categorías para comparar la distribución en diferentes grupos (profesional implicado y centros urbanos y rurales). Se consideró diferencias estadísticamente significativas para valores de  $p < 0,05$ . Se usó el programa IBM SPSS 20.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de 111 actividades comunitarias en las que participaba el CAP. El 56% se realizaron en el ámbito urbano y el 44% en el rural.

Se agruparon las diferentes AC en áreas temáticas (tabla 2), siendo mayoritarias aquellas que abordaban temas sobre la salud general (39,6% del total de AC).

Área temática	Total N (%) 111 (100%)
<b>Salud general</b>	
General (estilo de vida saludable)	25 (22,5%)
Salud y escuela	7 (6,3%)
Salud sexual	2 (1,8%)
Tabaco	4 (3,6%)
Violencia machista	3 (2,7%)
Voluntades anticipadas	3 (2,7%)
<b>Total</b>	44 (39,6%)
<b>Promoción de la actividad física</b>	15 (13,5%)
<b>Enfermedad específica</b>	
Enfermedades (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y 2, osteoporosis, VIH, fibrilación auricular, convulsiones febriles y lumbalgia)	8 (7,2%)
Paciente experto (diabetes mellitus tipo 2, EPOC)	2 (1,8%)
<b>Total</b>	10 (9%)
<b>Puerperio y cuidado del recién nacido</b>	10 (9%)
<b>Actividades solidarias</b>	9 (8,1%)
<b>Atención al cuidador/a</b>	9 (8,1%)
<b>Actividades para personas mayores</b>	7 (6,3%)
<b>Salud emocional y apoyo mutuo</b>	4 (3,6%)
<b>Comunicación</b>	3 (2,8%)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

En la tabla 3 se presenta la población diana, el sexo, la estrategia y el tipo de AC, así como el lugar de realización. Excepto el sexo al que van dirigidas (mayoritariamente a ambos), el resto de variables cuentan con una respuesta múltiple (o sea, que una misma actividad puede responder a más de una opción), por lo que la suma de porcentajes es mayor al 100%. Destacar que la mayoría de las actividades van dirigidas a la población adulta (71,2%) y/o a personas mayores (64,9%), que se basan en una estrategia de promoción de la salud (64,9%) y/o prevención (57,6%), que son de tipo taller (45%) o charla (29,7%) y que se realizan en el CAP (54,1%).

	Total N (%) 111 (100%)
<b>Población diana<sup>a</sup></b>	
Adultos	79 (71,2%)
Personas mayores	72 (64,9%)
Adolescentes	49 (44,1%)
Niños	33 (29,7%)

Todas las edades	15 (13,5%)
<b>Sexo<sup>a</sup></b>	
Ambos	107 (96,4%)
Mujeres	4 (3,6%)
<b>Estrategia<sup>a</sup></b>	
Promoción de la salud	72(64,9%)
Prevención	64(57,6%)
Primaria	49 (44,1%)
Secundaria	43 (38,7%)
Terciaria	23 (20,7%)
<b>Tipo de AC <sup>a</sup></b>	
Taller	50 (45%)
Charlas	33 (29,7%)
Salidas	12 (10,8%)
Colaborativas	13 (11,7%)
Otras	12 (10,8%)
<b>Lugar de realización<sup>a</sup></b>	
CAP	60 (54,1%)
Escuela	31(27,9%)
Casales de ancianos	14 (12,6%)
Aire libre	11 (9,9%)
Otros	8 (7,2%)
CAP: centros de Atención Primaria.	
<sup>a</sup> Al ser variables de múltiple opción, los porcentajes pueden sumar más de 100%.	

Respecto a los profesionales que participan en ellas, solo en un 31,5% de las AC participaba más de uno: un 11,7% las realizaban conjuntamente medicina y enfermería, un 10,8% enfermería, medicina y trabajo social, un 4,5% enfermería y trabajo social (TS) y el 4,5% restante correspondía a otras combinaciones.

Los profesionales más implicados en las AC fueron enfermería, que llevó a cabo el 63,1% de las actividades. El personal médico estuvo implicado en el 27,9% y el profesional de trabajo social en un 18%.

En cuanto a la encuesta de satisfacción, vemos que solo el 18,9% de las actividades la realizaron y, además, un 19,8% consultaron bibliografía previamente a su realización.

Al comparar centros rurales con urbanos y las diferentes categorías profesionales, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en los siguientes casos:

El 65,3% de centros rurales realiza actividades dirigidas a adolescentes frente a un 27,4% de centros urbanos ( $p < 0,0001$ ) y actividades en las escuelas en el 46,9% de ocasiones frente a un 12,9% en el caso de centros urbanos ( $p < 0,0001$ ). Los centros rurales usan con más frecuencia el formato charla (40,8% frente a 21%,  $p = 0,023$ ), pero pasan menos encuestas de satisfacción (6,1% frente a 29%,  $p = 0,002$ ) y consultan la bibliografía previamente en menos ocasiones (4,2% frente a 32,3%,  $p < 0,0001$ ).

Por otro lado, los centros urbanos son los que hacen más talleres (58,1% frente al 28,6%,  $p = 0,002$ ) y los que más utilizan una estrategia de promoción de la salud (75,8% frente al 51%,  $p = 0,007$ ).

Si comparamos las diferencias entre los profesionales implicados, vemos que: el personal de enfermería y trabajo social son los que más actividades realizan para la población adulta. Enfermería en un 82,9% (frente a un 51,2% para el resto de profesionales,  $p = 0,009$ ) y trabajo social en un 95% (frente a un 65,9% para el resto,  $p < 0,0001$ ). El personal de enfermería es el que hace más salidas (15,7% frente a un 2,4%,  $p = 0,03$ ) y, por lo tanto, más actividades al aire libre (14,3% frente al 2,4%,  $p = 0,044$ ). A la vez, también es el que más utiliza el CAP como lugar para realizar las AC juntamente con TS; en el caso de enfermería, es un 62,9% (frente al 39% para el resto de profesionales,  $p = 0,015$ ) y TS en un 75% (frente al 39% para el resto,  $p = 0,015$ ). Enfermería hace menos actividades en los casales de personas mayores (7,1% frente al 22%,  $p = 0,023$ ) y menos charlas que otros profesionales (21,4% frente a un 43,9%,  $p = 0,012$ ).

El personal médico y de trabajo social son los profesionales que menos actividades hacen en la escuela. En el caso de médicos de familia, 12,9% (frente al 33,8% del resto,  $p = 0,028$ ), y en el caso de los trabajadores sociales, en un 5% (frente al 33%,  $p = 0,012$ ).

Los trabajadores sociales hacen más actividades para las personas mayores, ya que en un 100% de los casos las incluye (frente al 57,1% para el resto de profesionales,  $p < 0,0001$ ) y los que más AC hacen en otros lugares del barrio, aparte de los mencionados (en un 25% de los casos frente al 6,6% para el resto de profesionales,  $p = 0,008$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten tener una visión general de las AC realizadas en nuestro entorno, conocer iniciativas, aumentar la creatividad a la hora de implementar nuevas actividades y detectar aspectos que deberían ser reevaluados con el fin de mejorar la atención de nuestras comunidades.

Sorprende la participación del EAP: se ve que solo en un 31,5% existe más de un profesional implicado en llevar a cabo las AC. El tándem del profesional médico y enfermería, así como medicina, enfermería y trabajo social solo está presente en una décima parte de las acciones, por lo que se confirma un trabajo en equipo multidisciplinar débil. El personal de enfermería lidera como agente clave en las intervenciones comunitarias, protagonismo que no nos sorprende, ya que actualmente se le está dando este campo profesional como espacio propio y ya ha sido confirmado en estudios anteriores<sup>7</sup>. En nuestro estudio, concretamente realiza el 63,1% de las AC. El motivo por el cual el personal médico u otros profesionales no están tan implicados sería objeto de estudios posteriores. Posiblemente, la sobrecarga asistencial y la falta de espacios destinados al trabajo comunitario están detrás de este hecho.

Por otro lado, llama la atención la escasa participación del personal de trabajo social. Es preciso recordar que las primeras preocupaciones por la participación comunitaria surgieron de la disciplina del trabajo social, en los años veinte del siglo pasado en Estados Unidos. En la actualidad, los profesionales de trabajo social sanitario reciben una formación específica en trabajo social comunitario, y la comunidad es uno de sus ámbitos de actuación<sup>8,9</sup>. Por ello suponemos que son uno de los profesionales motores de la participación comunitaria en salud. Esta discrepancia se podría explicar porque en algunos CAP los trabajadores sociales centran su trabajo en ofrecer una atención más burocrática, orientada al individuo y la familia<sup>7</sup> y no tanto a las intervenciones grupales, o bien porque, al focalizarse en la coordinación entre los diferentes servicios del territorio y el trabajo en redes, no lidera tantas acciones comunitarias, sino que más bien las promueve, difunde y vincula con otros activos de salud. También sería interesante tener en cuenta si el paradigma actual de crisis económica y social ha influido en que se priorice la búsqueda de recursos, en vez de que se implementen intervenciones comunitarias ante situaciones críticas de necesidad.

También llama especialmente la atención la baja realización de encuestas de satisfacción después de las actividades. Este dato nos sugiere la falta de comunicación entre los profesionales y la población diana. Si no recibimos un *feedback* de los participantes, ¿cómo vamos a saber si las actividades propuestas satisfacen realmente las necesidades? Y más allá de la satisfacción, cabe preguntarse: ¿evaluamos la eficacia de estas AC en términos de salud? Vemos en este estudio que tampoco acostumbramos a apoyar estas actividades en un marco teórico-metodológico. No se consulta la bibliografía existente ni se revisan experiencias previas. Con esto, podríamos afirmar que, si las instituciones no están preparadas porque su personal no está capacitado técnicamente o sus remuneraciones son bajas y sus procedimientos tediosos, las políticas diseñadas no podrán implementarse ni adecuada ni eficazmente<sup>10</sup>.

Actualmente, existen diversas redes que reúnen intervenciones de promoción de la salud existentes en España, como la Red de Actividades Comunitarias (RAC), el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la red catalana AUPA (Actuamos todos Unidos Por la Salud) y la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)<sup>7</sup>. La falta de conocimiento de los recursos existentes y la escasa formación de los profesionales en el ámbito comunitario nos puede llevar al aislamiento y a repetir continuamente los mismos errores.

En este estudio se aprecia que el CAP es el lugar donde se ofrecen más de la mitad de las AC en las que los profesionales de la salud participan. Rafa Cofiño nos recuerda que el centro de salud no es (el único) centro de la salud<sup>11</sup> y que sería preciso descentralizar las AC del CAP y salir al barrio. Esta acción de salir a la calle la vemos en el personal de enfermería y trabajo social. Unas (enfermería) realizan más salidas, como se evidencia en actividades como las caminatas de salud, y otras (TS) hacen más AC en otros lugares del barrio, siendo pues el puente entre los centros de salud y otras entidades.

Otro resultado interesante es analizar la heterogeneidad de áreas temáticas. Mayoritariamente, se abordan temas de salud general, siendo la alimentación un tema ausente en el programa (solo una de las charlas se dedicó a la alimentación saludable). Esto nos hace reflexionar sobre el papel que damos a aquello que comemos en relación con la salud. Parece lejana y utópica la frase de Thomas Edison que dice: «El médico del futuro no tratará el cuerpo humano con medicamentos, más bien curará y prevendrá las enfermedades con nutrición». Ya existen estudios que constatan que el incremento del consumo diario de fruta y verdura protege de algunos tipos de cáncer y que reduce en un 4% la mortalidad por cardiopatía isquémica<sup>12</sup>. Programas como el PINSAP (Pla Interdepartamental de Salut Pública) ya incorporan en sus líneas de actuación la alimentación.

Sucede algo similar con la salud emocional y el apoyo mutuo. Decepciones de la vida cotidiana se han delegado a una asistencia profesionalizada (o medicalizada), con el convencimiento de que los profesionales tienen respuestas para todo, congestionando así las consultas diarias. Experiencias grupales como la llevada a cabo en el CAP Turó de Barcelona con mujeres diagnosticadas de síndrome ansioso-depresivo y/o situaciones de estrés han demostrado una mejoría significativa de la calidad de vida con disminución de las visitas al CAP, una disminución del consumo de medicamentos y una mejoría de las relaciones sociales<sup>13</sup>. Teniendo en cuenta esto, ¿deberíamos pararnos a revisar cuáles son las áreas temáticas que más priorizamos? ¿Consultamos cuáles son los intereses reales de los usuarios a los que van dirigidas? Cabe resaltar que no se preguntó al personal de las distintas áreas básicas que facilitaron la información recogida si se había consultado a la población diana los temas que querían abordar en las distintas AC. Nos consta que solo en el grupo de comunitaria del CAP Sagrada Familia se realizaron encuestas previas a la programación de las actividades. Sin embargo, sería básico hacer este tipo de encuestas en estudios posteriores, ya que, si no las hacemos, solo partimos de la opinión de los profesionales. Es difícil hacer una reflexión sobre las AC que estamos haciendo sin implicar a la propia población.

Con todo, se plantea si estas acciones realmente pueden considerarse actividades comunitarias. El proyecto frAC<sup>7</sup>, un estudio de investigación sobre AC que pretende estudiar los factores que se asocian con su realización en AP, define que para que una AC sea considerada como tal debe: estar activa en el año anterior, no ser puntual, y contar con la participación del EAP y que la ciudadanía participe activamente y no solo como público pasivo. Sería interesante ver cuántas de las actividades que se han recogido en el estudio podrían considerarse verdaderas AC. No podemos considerar que toda actividad grupal sea una AC, la participación real de la ciudadanía, el trabajo interdisciplinar (dentro del equipo) e intersectorial y el que no sean actividades puntuales son factores que definen la AC.

En nuestro estudio vemos que casi el 30% de las AC recogidas son charlas. En este caso, el usuario ejerce como público, individual y pasivo que recibe puntualmente una información. De esta manera, el profesional de la salud actúa como un reproductor de conocimientos y experiencias y el usuario como un

receptor pasivo ¿Esta concepción de educación para la salud unidireccional promueve la mejoría de la calidad de vida de los individuos y los colectivos? Paulo Freire nos invita a reflexionar sobre el «diálogo de saberes», que fundamente la educación para la salud en una relación horizontal y empática basada en el respeto y en reconocer a cada individuo como sujeto responsable de su proceso de salud y como miembro de una sociedad con la que se relaciona. Así, sería interesante promover la capacidad reflexiva y la participación de la comunidad en procesos decisorios mediante un diálogo que contribuya a la producción de valores de uso que respondan a las necesidades concretas y que aumenten, además, el coeficiente de autonomía de los sujetos para vivir la vida de una manera autónoma y socialmente responsable<sup>14,15</sup>.

Quizá el problema real de la atención comunitaria radica en la disparidad de opiniones sobre su objetivo y función. Nos pareció interesante, en este contexto, investigar qué piensan los profesionales sobre AC y qué información tienen al respecto, por lo que diseñamos un estudio para comprobarlo y objetivamos el limitado conocimiento en salud comunitaria.

En todo caso, ahora sabemos el punto de partida y es el momento de plantearse qué rumbo debe tomar nuestra práctica. ¿Qué necesidades plantea nuestra sociedad? ¿Son reales las necesidades que atendemos? ¿Cómo podemos contribuir desde nuestra posición privilegiada de observatorio social como profesionales de la salud a construir una sociedad más justa y saludable? ¿Cuál es nuestro papel real? Como dice el poeta Martí Pol, «Todo está por hacer y todo es posible».

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (España). BOE. 5 de mayo de 2005;(105):15182-225.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE. 1 de febrero de 1984;(27):2627-9.
3. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿Realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten* 2005;35(9):478-83.
4. Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. [Internet.] Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. 2005 [consulta el 23 de agosto de 2016]; Disponible en [www.msc.es](http://www.msc.es).
5. Internacional Union for Health Promotion and Education (IUHPE). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. IUHPE. Traducido por Subdirección General de Promoción de Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
7. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M, y el grupo Proyecto frAC. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit*. 2014;28(4):267-73.
8. Barranco Expósito C. Los modelos de intervención en trabajo social desde las perspectivas paradigmáticas de las ciencias sociales. Introducción a los modelos críticos: énfasis en lo comunitario y en la calidad de vida. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en trabajo Social. Madrid. *Rev Servicios Sociales y Política Social*. 2004;66:9-35.
9. Hervás de la Torre A. La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario. Colegio de Trabajadores Sociales de Málaga. Documentos de trabajo social. 2011;49-50. ISSN 1133-6552. ISSN electrónico 2173-8246.
10. Vidal Córdova E. La participación comunitaria en salud. *Investigaciones Sociales*. 1999;3(3):185-200.
11. Cofiño Fernández R. Tu código postal puede modificar tu código genético. 2013;9(9):483-4.
12. Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J*. 2011;32(10):1235-43.
13. Melgar Mairal M, Chorén Freire MJ, Campo Vázquez F, Díaz Ortiz MA, Campo Vázquez C, Cascón García M. Terapia grupal en síndrome ansioso depresivo y situaciones de estrés. *Metas de Enfermería*. 2005;8(8):20-3.
14. Bastidas Acevedo M, Pérez Becerra FN, Torres Ospina JN, Escobar Paucar G, Arango Córdoba A, Peñaranda Correa F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia (Medellín). *Investigación y Educación en Enfermería*. 2009;27(1):104-11.
15. Carvalho SR. Promoción de la salud, *empowerment* y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 2008;4(3):335-47.

[Volver](#)

---

Diario comunitario: ¿Qué actividades comunitarias se realizan en nueve centros de Atención Primaria?

Alba Cabellos Sánchez, Clara Madueño Garro, Alba María Campos Lizcano y Alba Aguado Jodar

Comunidad Mayo 2017;19(1):4

ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

[Dejar un comentario](#)

0  
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

