



Las intervenciones comunitarias en la Biblioteca Cochrane

Carlos Martín Cantera. Responsable autonómico del PACAP. Coordinador del Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia del Centro de Atención Primaria Passeig de Sant Joan

Introducción

En las actividades comunitarias se plantean multitud de interrogantes que precisan la mejor de las respuestas a situaciones concretas. Habitualmente recurrimos a nuestra experiencia y al conocimiento acumulado que otras personas puedan tener. En el caso de no disponer de suficiente información, se buscan textos o se intenta obtener una revisión reciente publicada en alguna revista. Sin embargo, este enfoque ha sido criticado, pues no se puede generalizar de una experiencia propia o ajena, normalmente basada en pocos casos, y puede tener riesgos que provoquen errores. Los textos a menudo están desfasados y las revisiones publicadas son, a menudo, ineficaces para solucionar problemas concretos. Estas premisas llevaron a un grupo de profesionales sanitarios a iniciar un nuevo movimiento denominado «Evidence Based Medicine» (Medicina Basada en la Evidencia o en las Pruebas) (1). Este método basado en la introducción de la estadística y del método epidemiológico en la práctica clínica, junto con la expansión de herramientas que permiten la revisión sistemática y evaluación crítica de la bibliografía permiten la adopción de decisiones teniendo en cuenta la graduación de su utilidad y validez.

La práctica de la Medicina Basada en Pruebas requiere cuatro pasos:

1. Formulación de manera precisa de una pregunta a partir de un problema, en nuestro caso en relación con la actividad comunitaria. Por ejemplo: «¿son útiles las actividades grupales en la escuela para prevenir el consumo de alcohol entre los 12 y 16 años?».

2. Localizar información disponible en la literatura. Esta búsqueda de la literatura más relevante se realiza en:

- Bases de datos, la más conocida y usada es Medline, que actualmente es accesible en formato CD o a través de internet.
- Bases de revisiones sistemáticas, siendo la principal la denominada Biblioteca Cochrane (2) permite conocer muchos aspectos de la práctica.
- Guías de práctica clínica que, en el campo de las actividades comunitarias, está próxima la publicación de la «Guide to Community Preventive Services» del CDC de los Estados Unidos (3).

3. Evaluar críticamente esta información para determinar su validez (cercanía con la realidad) y utilidad (posibilidad de aplicación). Actualmente, se utilizan graduaciones de las mismas, desde Grado I, basada en ensayos clínicos a doble ciego, a Grado III, en base a opiniones de expertos o autoridades.
4. Aplicación de las conclusiones en la práctica (actividad comunitaria).

El objeto de este trabajo es mostrar la utilidad que puede tener la Colaboración Cochrane para los profesionales que realizan actividades comunitarias.

¿Qué es la Biblioteca Cochrane?

La Biblioteca Cochrane es una fuente de información electrónica creada por una red internacional de voluntarios con cualificación creada por la Colaboración Cochrane, cuyo objetivo es proporcionar de manera rápida y simple las mejores evidencias, necesarias para la toma de decisiones en la práctica sanitaria.

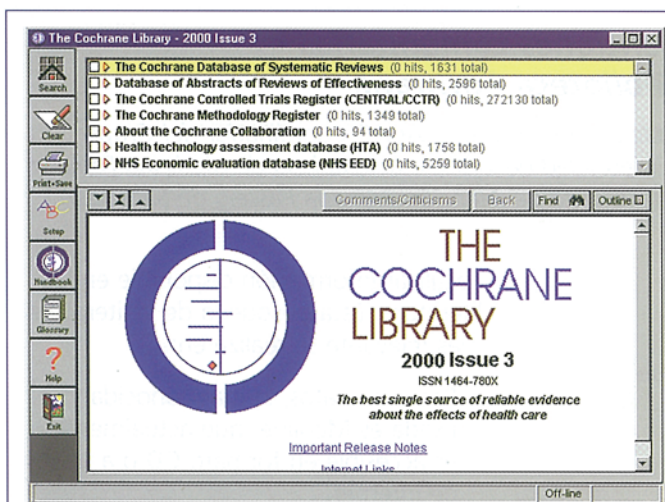


Figura 1.

La Biblioteca Cochrane es la sucesora de la «Cochrane Database of Systematic Reviews» y se inició en abril de 1996. Se publica en versiones de CD-ROM (2) y también es accesible por internet (<http://www.cochrane.org>), previo pago de una cuota de suscripción anual. Se actualiza cada 3 meses, es decir se publican 4 CD-ROM anualmente, siendo cada uno acumulativo de lo anteriormente editado (figura 1).

La Biblioteca Cochrane esta compuesta por 4 bases de datos, junto a otra información adicional:

1. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas (The Cochrane Database of Systematic Reviews). Es la base central, contiene el texto completo de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados y otras evidencias, está elaborada por los diferentes grupos internacionales de la Colaboración Cochrane. Se informa de todas las revisiones con la fecha de las mismas, las supervisiones («Update» y/o «Comment») así como de las nuevas revisiones incluidas en ese volumen («New»). Se incluyen los protocolos de otras revisiones en curso. Actualmente, en el volumen de este último trimestre (tercer trimestre de 2000), incluye 859 revisiones completas y 772 protocolos.
2. Base de datos de resúmenes de revisiones de evaluación de la efectividad (The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness). Contiene resúmenes estructurados de revisiones publicadas en revistas médicas y otras fuentes. Actualmente incluye 2.596 revisiones.

3. Registro Cochrane de ensayos clínicos controlados (The Cochrane Controlled Trials Register). Base de ensayos clínicos publicados o no, que los colaboradores buscan de forma manual, en revistas, actas de congresos y otras fuentes. En la actualidad hay más de 272.000 ensayos registrados.
4. Base de datos de metodología sobre las revisiones sistemáticas (The Cochrane Methodology Register). Recoge bibliografía de artículos, revisiones, libros, etc. sobre aspectos de la metodología de las revisiones sistemáticas.
5. La información sobre la propia Colaboración Cochrane (About the Cochrane Collaboration), con referencias de los grupos de revisión (actualmente 50), los centros de referencia, las entidades colaboradoras, grupos de metodología, etc.
6. Por último, se completa con otras fuentes de gran interés como una base de valoración económica, el manual de las revisiones, etc.

¿Cómo se formula una pregunta o consulta a la Biblioteca Cochrane?

En el formato de CD-ROM hay un programa de búsqueda (Search) que permite utilizar formato libre o bien con palabras clave de Medline (los términos MESH de Medline).

Veamos un ejemplo: «¿Los grupos de autoayuda son útiles en los diabéticos? Debemos hacer una búsqueda con dos términos: «Grupos de Autoayuda» y «Diabetes Mellitus», es decir, los términos ingleses de «Self-Help Group» y «Diabetes Mellitus».

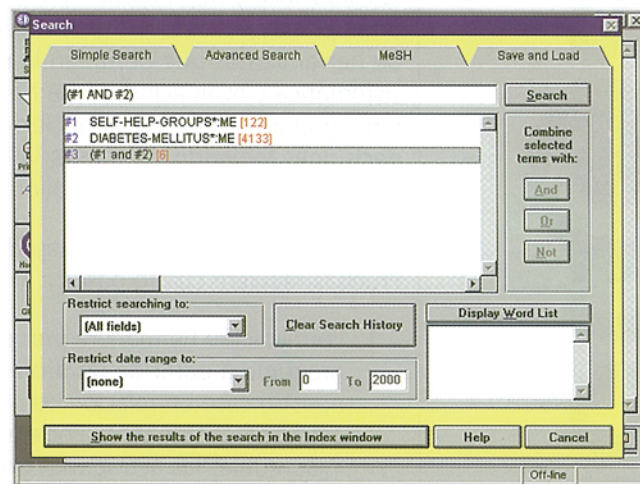


Figura 2.



En las figuras 2 y 3 se muestra el resultado de la búsqueda, que muestra seis referencias en la base de datos de los ensayos controlados. En este caso, no existe ninguna revisión de la Biblioteca Cochrane.

¿Qué tipo de intervenciones comunitarias puedo encontrar en las revisiones de la Biblioteca Cochrane?

Aunque no es motivo de este artículo encontrar todas las intervenciones de carácter comunitario hemos seleccionado algunas en la tabla adjunta (tabla 1), con el objeto de que los lectores puedan conocer qué podrían encontrar.

En cada revisión encontramos una serie de apartados que deberemos tener en cuenta:

1. Resumen de la revisión. En éste se encuentra una breve descripción de la revisión, a modo de resumen de cualquier artículo. Tiene especial interés para saber la fecha de la revisión y de los últimos cambios introducidos («Updated»).
2. Revisión propiamente dicha, que incluye los apartados:
 - Revisión del tema.
 - Objetivos de la revisión.
 - Criterios para considerar los estudios en cada revisión.
 - Estrategia de búsqueda de los estudios, en las diferentes bases de datos utilizadas.
 - Metodología de la revisión.
 - Descripción de los estudios.
 - Valoración de la calidad metodológica de los estudios.
 - Resultados principales.
 - Tabla de información de todos los estudios incluidos.
 - Discusión.
 - Conclusiones de los revisores con respecto a la práctica y a nuevos campos de investigación sobre el tema.
 - Características de los estudios excluidos, con breve explicación.
 - Referencias de todos los estudios considerados.
 - Datos generales de los revisores con posibles conflictos de interés si éstos pueden haber existido.

Todas las revisiones permiten la posibilidad de enviar críticas o comentarios mediante correo electrónico o normal.

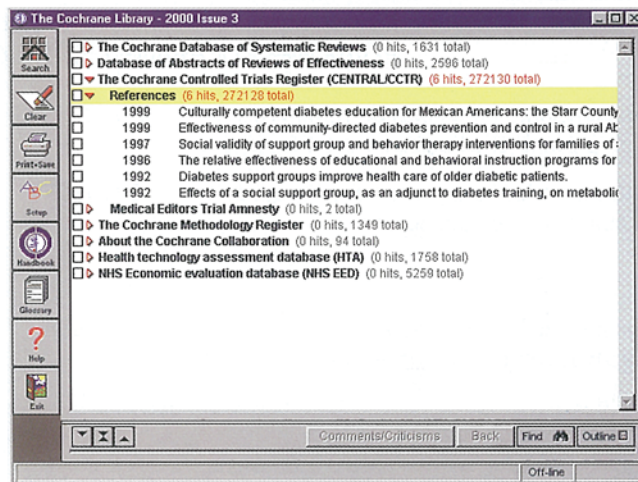


Figura 3.

Conclusiones

La metodología de la Biblioteca Cochrane está demostrando utilidad en numerosos campos de la actividad sanitaria, y están a punto de salir recomendaciones (Guide...) que siguen básicamente este sistema. Los trabajadores de las actividades sanitarias podemos empezar a encontrar referencias que nos sean útiles en diferentes preguntas, como por ejemplo: ¿son útiles las actividades en la escuela?, ¿en qué problemas de salud podemos promover grupos de autoayuda?, las campañas en lugares públicos ¿qué tipo de impacto tienen? Pero además podemos empezar a encontrar respuestas a problemas de abordaje con otros grupos como drogodependientes, problemas de la tercera edad, prevención de tabaquismo o de los maltratos a grupos vulnerables.

La biblioteca Cochrane ha sido ampliamente criticada porque no todas las referencias y actividades están registradas, y también porque en las actividades comunitarias el «ensayo clínico» quizás no sea el método más adecuado. Pero se debería tener en cuenta, al menos, para evitar actuaciones de dudosa o demostrada inutilidad.

Bibliografía:

1. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
2. The Cochrane Library 2000, Issue 3. Julio 2000-09-25.
3. Guide to Community Preventive Services. En internet: <http://www.thecommunityguide.org/>.



Tabla 1:
REVISIONES COCHRANE Y ATENCION COMUNITARIA: Algunos ejemplos

Intervenciones en medios de comunicación para prevenir el tabaquismo entre los jóvenes.	Agosto 1998	Determinar la utilidad de los medios de comunicación para prevenir la captación de jóvenes.
Intervenciones para promover auto-ayuda en el abandono del tabaquismo.	Oct. 1999	Determinar la efectividad de diferentes materiales de autoayuda, comparado con control y con otras estrategias del contacto mínimas; la efectividad de sistemas de autoayuda: computadora, líneas de teléfono y farmacoterapia.
Tratamiento comunitario asertivo para personas con enfermedades mentales severas.	Feb. 1998	Determinar la efectividad de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACTO) como una alternativa al cuidado de la comunidad normal, la rehabilitación basada en el hospital tradicional, y la atención individual.
Equipos de salud mental para personas con problemas mentales severos y desórdenes de la personalidad.	Agosto 1998	Evaluar los efectos del equipo de salud mental en la comunidad (CMHT) en el tratamiento de enfermedad mental importante.
Educación para el uso de contraceptivos entre mujeres después del parto.	Junio 1999	Evaluar los efectos de educación sobre el uso de anticonceptivos en las madres del postpartum.
Terapia de grupo para el abandono del tabaco.	Mayo 1998	Evaluar el efecto de la terapia en grupo para dejar de fumar, comparada con terapia individual.
Intervenciones para prevenir compras de tabaco entre menores.	Julio 1999	Evaluar el efecto de intervenciones para disminuir el acceso a la compra de tabaco entre menores.
Intervenciones en medios de comunicación: efecto en el uso de servicios.	Agosto 1997	Evaluar las intervenciones en medios de comunicación sobre el uso de servicios de salud.
Material educativo impreso: efecto en la práctica profesional y en resultados de salud.	Feb. 1997	Evaluar el efecto de los materiales impresos en las prácticas de los profesionales y en los resultados de salud.
Soporte durante el embarazo para mujeres de riesgo elevado.	Nov. 1997	Evaluar los efectos de programas que ofrecen apoyo social adicional para mujeres embarazadas con riesgo de prematuridad o bebés de bajo peso.
Protocolo: Intervenciones comunitarias para reducir tabaco entre adultos.	Mayo 1999	Determinar la eficacia de las intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo entre adultos.
Intervenciones para prevenir uso de tabaco en lugares públicos *.	Agosto 1998	Determinar el efecto de varias intervenciones en lugares públicos para disminuir el uso del tabaco.
Protocolo: intervenciones para mejorar el manejo de la diabetes en Atención Primaria, ambulatorio y comunidad.	Feb. 1999	Valorar el cuidado de los diabéticos en intervenciones comunitarias.
Protocolo: intervenciones comunitarias para reducir las infecciones de transmisión sexual, incluido el HIV.	Mayo 1998	Valorar el impacto de intervenciones comunitarias en la incidencia de enfermedades de trasmisión sexual y HIV.
Protocolo: programas preventivos basados en la escuela para reducir la violencia.	Dic. 1997	Valorar el efecto de los programas preventivos escolares para reducir la violencia.
Protocolo: programas basados en la escuela para prevenir el tabaquismo.	Agosto 1998	Determinar el efecto de los programas escolares para prevenir el tabaquismo y abandonarlo.

* Grupo Español: Serra, Cabezas, Bonfill, et al.



La coordinación comunitaria fue el tema central de los II Encuentros del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria

El pasado día 20 de mayo de 2000 se celebró en Madrid el II Encuentro del PACAP. La profundización en los mecanismos de coordinación social para la mejora de la salud constituyó el eje de estos Encuentros en los que participaron 76 profesionales procedentes de distintos ámbitos. En consonancia con el carácter multidisciplinar y participativo del Programa se contó con la asistencia de ciudadanos y de profesionales médicos, de enfermería, de trabajo social o de campos como la psicología, la educación o la sociología.

El hecho de elegir como tema de trabajo para estos II Encuentros «la coordinación», responde a la realidad de que las actividades de orientación comunitaria para la mejora de la salud pública requieren, para un correcto y eficaz abordaje, de la acción compartida con otros sectores sociales. Cuestiones como a quién corresponde la iniciativa de la intervención, los problemas concretos que surgen a la hora de trabajar con profesionales de otras disciplinas (otras metodologías, otros enfoques...) o los mecanismos más eficaces para consolidar en el tiempo intervenciones coordinadas, fueron objeto de análisis y discusión a lo largo de la jornada de trabajo.

Esta se inició con la participación en la *Mesa Inaugural* de la Presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Amalia Velázquez, que destacó en su intervención el compromiso de la semFYC con la

dimensión comunitaria de la profesión médica. Asimismo, resaltó el papel que profesionales de enfermería y trabajo social tienen en el desarrollo de actividades de orientación comunitaria en los centros de salud. Mario Soler, Coordinador General del PACAP, centró su intervención en el análisis de la primera etapa del Programa que consideró cerrada y en la que se ha consolidado su estructura y anunció la entrada en una segunda fase. En ésta, tendrá un peso importante el desarrollo autonómico del mismo con el que se pretende atender a las peculiaridades locales y a las dificultades reales que tiene la puesta en marcha de experiencias de orientación comunitaria. Otra de las líneas estratégicas de desarrollo del PACAP en esta segunda etapa será la elaboración de instrumentos teóricos y metodológicos que faciliten y ayuden a sistematizar el trabajo comunitario de los profesionales sanitarios.

La *Mesa Abierta «La Coordinación Comunitaria»* fue presentada y coordinada por Verónica Casado, miembro del Comité Permanente del PACAP y Presidenta del Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria. Cuatro fueron las ponencias presentadas a esta Mesa: Jaime García Ruiz, maestro de educación compensatoria, presentó la ponencia *«Una experiencia comunitaria en una pequeña comunidad rural en Palo Blanco»*. Esther Zúñiga, enfermera

del centro de salud Altamira, de Bilbao, relató la experiencia de coordinación intersectorial para el abordaje de un programa comunitario con adolescentes en su ponencia *«Las instituciones, los profesionales, la comunidad. Contradicciones hoy»*.

La experiencia del Plan Comunitario de Distrito Quinto (A Coruña) fue presentada por José Luis Astray, médico de familia del centro de salud de Labañou. Por su parte, Juan Luis Ruiz Jiménez, médico de familia del Centro de Salud Vicente Soldevilla de Madrid relató la experiencia de coordinación intersectorial que se está llevando a cabo en el Area 1 de Madrid (en esta misma sección se ofrece el texto de estas dos ponencias).

«Coordinación comunitaria e intersectorial como instrumento de una estrategia de promoción de salud en el Area 1 del INSALUD de Madrid». Resumen de la ponencia

Juan Luis Ruiz-Giménez. Médico de Familia del Centro de Salud Vicente Soldevilla. Madrid.

La experiencia desarrollada desde el Area 1 se enmarca en las estrategias, definidas en las conferencias internacionales de Alma Ata y de Ottawa, de «Salud para todos para el 2000» y de promoción de la salud. En ambas se insiste en la importancia de tener en cuenta las siguientes líneas: el desarrollo de políticas saludables desde el sector público,



el refuerzo de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, la creación de entornos que contribuyan a la salud y la reorientación de los servicios sanitarios.

En España se concreta, entre otras cosas, en el desarrollo de la Reforma de la Atención Primaria y en la Ley de Sanidad de 1986.

En el Área 1 del INSALUD de Madrid en la década de los noventa se ha desarrollado una estrategia de promoción de salud en la que ha sido necesario el compromiso por parte de los políticos, gestores del sistema sanitario, profesionales y ciudadanos.

Las líneas maestras priorizadas han sido:

1. *Reforzar la acción comunitaria y contribuir a la creación de un contexto comunitario en salud.*

El reforzar la acción comunitaria significa la creación de un contexto comunitario en salud que facilite una mayor responsabilidad y participación de los individuos, familia y comunidad en el cuidado de su salud y en la utilización y gestión de los servicios sanitarios públicos.

El contexto se planteaba como una red amplia y diversa de instrumentos de acción social en salud a propiciar tanto desde la dirección del Área 1 como de cada Centro de Salud en la medida de sus posibilidades.

Se formularon los siguientes criterios de calidad para el desarrollo del trabajo comunitario: información sobre problemas de salud y servicios sanitarios, evaluación de necesidades, problemas de salud y de los servicios sanitarios, movilización de recursos y realización de tareas,



intervención en la toma de decisiones y colaboración en la organización de la comunidad.

Se han desarrollado los instrumentos siguientes: 1) desarrollo de una red de 12 Consejos de Salud en el Área 1; 2) constitución de grupos de trabajo con objetivos concretos por un tiempo limitado, 3) participación en órganos más estables de coordinación sociosanitaria, fundamentalmente con servicios sociales y educativos, para ciertos temas como el programa de salud escolar, del mayor y atención a drogodependientes y 4) contactos sistemáticos con la red de movimientos sociales con los siguientes fines:

- Información a grupos organizados de los distintos movimientos sociales sobre diversos temas de salud y de los servicios sanitarios mediante reuniones con grupos, conferencias y charlas, participación en mesas redondas, jornadas y programas de radio y

televisión locales, edición y distribución de folletos o cartas informativas, elaboración de carteles.

- Formación sobre temas de salud y sobre servicios sanitarios. Mediante talleres o escuelas de salud de unas 10 horas de duración sobre diversos problemas de salud, autocuidado y servicios sanitarios públicos.
- Análisis de problemas y propuesta de intervención conjuntas sobre temas concretos como salud bucodental, programa de salud escolar, infravienda y salud, medio ambiente y salud, diagnóstico de salud de barrio, drogodependencias, programa de atención a personas mayores dependientes, asentamientos marginales, programa Ingreso Madrileño de Integración (IMI), puesta en marcha y seguimiento de Centros de Salud y constitución de consejos de salud.



2. *Desarrollo de habilidades personales: educación para la salud grupal y comunitaria.*

Se priorizaron las siguientes actividades:

- Educación para la salud a grupos en el ámbito de las escuelas de adultos y de los movimientos sociales para aumentar la competencia personal y social en el cuidado de la salud, en los comportamientos saludables y en el conocimiento y utilización de los servicios sanitarios públicos.
 - Escuela de agentes dinamizadores de salud para los movimientos sociales.
 - Educación para la salud en el ámbito escolar. Con apoyo a profesores y a las asociaciones de madres y padres.
 - Educación para la salud con grupos sobre procesos crónicos, estilos de vida y etapas vulnerables.
3. *Reorientación de los servicios sanitarios:* se planteó el implantar el nuevo modelo de Atención Primaria con equipo multiprofesional en el que se llevará a cabo un enfoque promotor de salud y de atención más integral. Esto se concretó en nuestra área con las siguientes peculiaridades:
- Establecer una red profesional motivada, formada en educación para la salud y trabajo comunitario a través de los siguientes instrumentos: un grupo de promoción de la salud como dinamizador formado por profesionales motivados de los equipos, la constitución de un grupo docente

interdisciplinario de 8 profesionales del Area capacitado para la formación en EPS, el desarrollo de un programa docente en metodología de EPS grupal y de intervención comunitaria para todos los equipos y la elaboración y dotación de materiales en educación para salud con grupos.

- Adecuar la estructura de gestión del Area 1 a través de varios mecanismos: líneas directivas desde la Gerencia, la creación de una unidad de EPS en el equipo directivo con responsable, sistema de información y registro, fondos documentales y apoyo al grupo de promoción de salud, la constitución de una red de responsables de EPS en todos los equipos, líneas de incentiación en la cartera de servicios y, por último, la constitución y participación en la red de consejos de salud.
- Extensión y consolidación de una red de Centros de Salud con servicios y actividades de promoción de salud como programas de salud y educación para la salud con grupos, dotados de unidades de apoyo en fisioterapia, matronas, trabajo social y atención odontoestomatológica, en los cuales se lleven a cabo programas de atención integral al niño, salud escolar y al mayor de riesgo y en los que haya salas de uso múltiple y comunitario.
- Favorecer la creación de instrumentos de coordinación sociosanitaria como parte de los programas de intervención: comisiones de coordinación socio-sanitarias (CSS) en el

Programa de Atención al mayor de riesgo social, mesas de salud escolar, en programa de salud escolar y atención al niño, comisión general de coordinación del proyecto de infancia del distrito de Puente de Vallecas y mesa de coordinación sobre drogodependencias.

Conclusiones

La valoración general del proceso de coordinación comunitaria e intersectorial ha sido la siguiente:

1. El proceso en sí está siendo enriquecedor por su diversidad, creatividad, amplitud y variedad de partícipes y su capacidad promotora de cambios.
2. La coordinación sociosanitaria es un instrumento necesario y eficaz para el desarrollo de la estrategia de promoción de salud y para la superación de la fragmentación de los saberes científicos y técnicos y de los sistemas de atención a los problemas de salud.
3. La responsabilidad de la coordinación se debe compartir entre el nivel político, el técnico y el social, si bien a mayor poder y capacidad de tomar decisiones mayor compromiso y exigencia en el proceso. Desgraciadamente las tres instancias no han ido armónicas ni han tenido los mismos objetivos explícitos o implícitos.
4. Existe escaso desarrollo y formación en la metodología apropiada de coordinación que la facilite y optimice.
5. Ha supuesto un esfuerzo y dedicación importantes de



recursos, en especial de los humanos, de los niveles técnicos y sociales (profesionales de las Instituciones y líderes sociales de las organizaciones sociales) El nivel político ha ido más a remolque y ha mostrado más resistencias.

Las **dificultades** más significativas han sido las siguientes:

En el ámbito político:

- Escaso peso real de la estrategia de promoción de salud y de la coordinación en las políticas prioritarias de los gobernantes.
- Contexto cambiante en las líneas prioritarias y en las personas designadas.
- El protagonismo partidario.

En el ámbito institucional:

- Omnipotencia de las grandes instituciones.
- Protagonismo de una institución sobre otras.
- Desequilibrio en las distintas aportaciones institucionales.

- Gran número de recursos institucionales por coordinarse.
- Disparidad en cuanto a organización y funcionamiento de cada institución.
- La excesiva centralización y jerarquización de la estructura institucional.

En el ámbito técnico-profesional y social:

- Fragilidad cuando depende de la voluntad de las personas.
- Objetivos e intereses latentes contrapuestos.
- Escasas experiencias de coordinación.
- Formación y capacitación deficiente en dinámicas grupales y de coordinación.
- El cambio frecuente de personas con motivación y formación heterogénea.
- No disponer de encuadres de trabajo consensuados.
- Ante los saberes fragmentados lograr un lenguaje común.
- Poder explicitar y resolver los conflictos latentes.

- Compartimentación y desigualdad de roles profesionales.
- La toma de decisiones por consenso.
- Escasa multidisciplinariedad de los equipos de trabajo.
- Responder más a demandas individuales que a necesidades sociales.
- Disparidad en la organización y funcionamiento de los movimientos sociales.
- La discontinuidad en la asistencia y en la tarea.

«La experiencia del Plan Comunitario de Distrito Quinto (A Coruña): la coordinación en un barrio periférico de una ciudad». Resumen de la ponencia.

José Luis Astray Coloma. Médico de Familia del Centro de Salud de Labañou (A Coruña).

El Plan Comunitario del Distrito Quinto de La Coruña nace del Centro de Salud de Labañou en el año 1990. En un primer momento se coordina con el Centro de Servicios Sociales del distrito y con la Unidad de Drogodependencias de La Coruña para hacer una primera aproximación al Diagnóstico Comunitario. Posteriormente, los tres servicios realizan una convocatoria a todo el tejido asociativo y a testigos privilegiados del distrito, y todos juntos constituyen una Comisión Promotora del Plan Comunitario con el objetivo general de contribuir a mejorar la calidad de vida en el distrito.

En el año 1992, tras los I Encuentros del Plan, la iniciativa se traspasa a la propia comunidad, quien crea una Asociación



Comunitaria que agrupa a todo el tejido asociativo y a personas en el ámbito individual, y que desde entonces dirige todo el proceso.

El Centro de Salud y el resto de los Servicios del Distrito colaboran desde entonces con el Plan Comunitario, asesoran, promueven intervenciones en relación con la salud, la educación, el empleo, etc. y mantienen una relación normalizada y estable con la comunidad. Las Instituciones y la Administración están también implicadas en el Plan Comunitario desde el inicio.

El Plan Comunitario se basa metodológicamente en la coordinación de todos los recursos del Distrito, incluyendo las Instituciones. Dos son sus características fundamentales: una visión global y multidisciplinar de los problemas y una participación activa de la comunidad. En el momento actual el Plan Comunitario del Distrito Quinto, es un referente muy importante en relación con los procesos de participación que se dan en nuestro país.

Tras la celebración de la Mesa, los asistentes a este II Encuentro participaron activamente en 4 grupos de trabajo que tenían como objetivo general profundizar sobre el tema central del mismo, la coordinación comunitaria, desde una perspectiva interdisciplinar. A continuación se ofrece un amplio resumen de las principales conclusiones a las que se llegó en el plenario llevado a cabo posteriormente y con el que se finalizó la intensa jornada de trabajo.

Conclusiones de los grupos de trabajo realizados en torno al intercambio y análisis de experiencias de coordinación comunitaria

El primero de los objetivos de los grupos de trabajo era favorecer el **intercambio de experiencias** en relación a proyectos desarrollados por los participantes que hubieran tenido como requisito fundamental la coordinación comunitaria. Cada participante pudo contar brevemente su experiencia en este

tema, y en este sentido se pudo observar cómo existía una gran variabilidad en cuanto a la aproximación a la comunidad y a las metodologías realizadas. Desde aquellos que de una manera intuitiva, e incluso individual habían comenzado a acercarse a la misma y establecer diálogo y contactos, a grupos de profesionales que partiendo de una formación previa específica, de distinta procedencia (Grupo APOC, Marco Marchioni, Marie Langer, Escuela de Perugia) utilizaban una metodología más estructurada, con instrumentos propios de cada modelo. Las experiencias también eran de lo más variado, desde fiestas de la salud, a proyectos de desarrollo comunitario, intervenciones con adolescentes o mujeres desde la perspectiva de los malestares cotidianos, trabajos con asociaciones de usuarios, grupos de autoayuda, etc.

El segundo objetivo del trabajo de grupo era reflexionar sobre los obstáculos y **dificultades de la coordinación comunitaria**. En este caso, la lluvia de ideas de los participantes fue muy prolífica y espontánea. Con respecto a las dificultades desde el punto de vista institucional, se resaltó la falta de voluntad política y de apoyo institucional para realizar actividades comunitarias. Este tipo de actividades no están incluidas en la cartera de servicios y por tanto no son reconocidas como una actividad más en los centros de salud. Se necesitaría integrar lo comunitario en el trabajo cotidiano de los Equipos de Atención Primaria. Por otra parte, desde el punto de vista profesional existe una clara dificultad para saber y conceptualizar la participación o el



trabajo comunitario, derivada directamente de la falta de formación de los profesionales de Atención Primaria en este campo. Existe también miedo a perder el poder y una cierta omnipotencia profesional. Se desconocen las otras instituciones y cómo está organizada y representada la comunidad en la que se trabaja, sobre todo en el ámbito urbano y además el lenguaje utilizado por cada sector es distinto. También se echan de menos más recursos didácticos en los centros de salud y la queja respecto a la falta de tiempo y la incompatibilidad horaria en relación a la población es prácticamente constante.

El tercer objetivo fue identificar los **factores facilitadores** que existen en el marco de la Atención Primaria de salud para realizar actividades comunitarias, tomando como elemento central la coordinación comunitaria. Dos factores fueron destacados por todos los grupos: el primero de ellos sería la horizontalidad, dado que en Atención Primaria estamos ubicados, en la comunidad, en paralelo con los centros educativos y sociales, asociaciones de vecinos, grupos de ayuda mutua y ayuntamientos. El segundo factor hace referencia al modelo de atención bio-psico social que fundamenta el trabajo en Atención Primaria y que permite observar la

realidad desde distintos puntos de vista. Teniendo en cuenta estos dos factores podemos establecer un diálogo con la comunidad, realizar una escucha activa y llegar a un diagnóstico común.

Como último objetivo el grupo de trabajo, debe definir **estrategias de coordinación comunitaria**. Desde el punto de vista institucional se destacó la necesidad de apoyo y reconocimiento y en ese sentido debería estar en la cartera de servicios. En el ámbito profesional es necesaria la formación a través de publicaciones, libros y, sobre todo, cursos y sesiones docentes. Asimismo, es necesario un cambio de actitud para socializar y compartir la información y así difundir la cultura de promoción de la salud. En relación a la comunidad sería necesario la creación de espacios de encuentro interasociativo.

Como **conclusiones finales** de los grupos de trabajo en relación a la coordinación comunitaria se destacaron las siguientes:

1. Las **bases conceptuales** de cualquier modelo de coordinación comunitaria deberían incluir los siguientes elementos: complementariedad, horizontalidad, intersectorialidad,

sectorización, cesión del protagonismo a la población, dimensión socio-psico-biológica y continuidad en el tiempo.

2. Para el desarrollo de actividades comunitarias que tengan como elemento nuclear la coordinación comunitaria se necesitan crear **estructuras de coordinación**, tales como consejos de salud, comisiones socio-sanitarias, grupos gestores o promotores de la coordinación comunitaria. Se destacó que no importaría tanto el nombre, sino la necesidad de que exista un espacio y tiempo de reunión intersectorial donde se puede desarrollar y ejecutar la coordinación.
3. En relación al **método** se habló de la importancia de realizar un diagnóstico comunitario y se resaltó la importancia de utilizar técnicas de tipo cualitativo (testigos privilegiados, informantes claves, grupos de discusión, etc.) que permiten la escucha y la detección de las necesidades reales de la población.
4. Con respecto a la **evaluación** se destacó la necesidad de que fuera un proceso continuo de investigación-acción y de que incluya tanto información de tipo cuantitativo como cualitativo.



Presentación del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) en la V Conferencia Regional Europea de la IUPES

En el transcurso de la V Conferencia Regional Europea de la Unión Internacional de Promoción de Salud y Educación para la Salud (IUPES), celebrada en Santander en mayo de 2000, Lorenzo Fleitas Cochoy, Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, presentó el PACAP como instrumento que, esta sociedad de carácter científico, está utilizando para el desarrollo de las actividades de orientación comunitaria en los centros de salud del Estado Español.

En el «Taller de servicios de salud y promoción de salud», que tuvo lugar en el marco de esta Conferencia, el PACAP fue considerado como un ejemplo de legitimación científica del papel que deben cumplir los profesionales de los centros de salud desarrollando actividades comunitarias como parte fundamental de su perfil profesional. A continuación reproducimos un resumen de la ponencia presentada en este Taller, en la que se reivindica el papel de los servicios de salud en el desarrollo de la estrategia de promoción de salud y se analizan algunos de los cambios que deben producirse en los mismos para que este desarrollo sea eficaz.

Resumen de la ponencia presentada al Taller de Servicios de Salud y Promoción de Salud de la V Conferencia Regional Europea de la IUPES. Santander (España) mayo de 2000.

«Una de las aportaciones más interesantes de Promoción de Salud es la propuesta de los «nuevos espacios de intervención» para la mejora de la salud pública: las ciudades y sus ayuntamientos, las escuelas, los medios de comunicación social, etc. son «lugares» privilegiados para el trabajo en promoción de salud. Ya no son los servicios de salud los únicos protagonistas desde los que se realizan los programas de salud pública. Y esta es, sin duda, una de las grandes apuestas de promoción de salud como moderno enfoque de la salud a nivel social.

La bibliografía del nacimiento del movimiento de la promoción de salud está plagada de documentos y autores que demuestran el papel relativo que tienen los servicios de salud en la mejora de la salud colectiva en relación con las acciones desde otros sectores sociales: Mc Keown y su obra «El papel de la medicina: sueño, espejismo o némesis», Iván Illich y su dura crítica a la profesión médica, la Declaración de Alma Ata, el Informe Lalonde y un largo etcétera que, en conjunto, forman parte de los antecedentes del concepto de promoción de salud. Todas estas críticas y análisis han dado lugar a este poderoso enfoque de la salud pública y, además, a lo que podríamos llamar una «desconfianza» en el papel que pueden jugar los servicios de salud en los esfuerzos para mejorar la salud de las personas.

Esta «desconfianza» ha llegado, en ocasiones, al punto de intentar hacer «desaparecer» como espacios desde los que se pueda trabajar en salud pública: una cierta «demonización» de los servicios de cuidados médicos. Algunos colectivos profesionales han intentado poner fuera del juego de la promoción de salud a los profesionales sanitarios, fundamentalmente a los médicos, como uno más de los potenciales colaboradores de la propuesta de promoción de salud. En este sentido son abundantes las anécdotas (reales) de las diferentes conferencias, reuniones y otros actos que inciden en esta posición.

En cualquier caso, muchos pensamos que **los servicios de salud tienen un lugar y un trabajo que hacer en el desarrollo de la promoción de salud**, en especial una fundamental función de legitimación social y abogacía.

Ciertamente que los servicios de salud que necesitamos para estos fines no son los tradicionales, con sus orientaciones fundamentalmente (a veces únicamente) curativas. Más bien precisamos de unos servicios «reorientados» y que asumen nuevos papeles y roles y, sobre todo, nuevos «estilos de trabajo» menos prepotentes y exclusivistas que los que son hegemónicos desde la época flexneriana. Necesitamos unos médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud que asuman la importancia y el protagonismo de los profesionales de los otros sectores sociales en la construcción de la salud. Necesitamos que no se sientan los únicos «propietarios» sobre las decisiones en el campo de la enfermedad, la salud, el sufrimiento o la muerte.

Todo esto no es fácil. Exige cambiar las prácticas y las actitudes de los profesionales de la salud y exige también a los «nuevos protagonistas» que sepan darles su nuevo lugar, sin excluirlos ni mantener una eterna desconfianza, que en estos momentos se manifiesta en muchos de estos nuevos actores.

Como muestra del papel que los «reorientados servicios de salud» pueden llevar a cabo valgan las aportaciones que se mostraron en este taller y que, seguido de un amplio y participativo debate, mostró muchos de los aspectos comentados. Por un lado se presentó la experiencia de los «Hospitales Promotores de Salud», proyecto auspiciado por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud y desde experiencias del nivel primario de atención se presentaron los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS), su extensión europea (EUROPREV) y el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), estos últimos de forma multiprofesional, bajo el paraguas y patrocinio de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.



Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad

Ciudad de México, 5 de junio de 2000

DECLARACION MINISTERIAL DE MEXICO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

De las ideas a la acción

Reunidos en la Ciudad de México con ocasión de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, los Ministros de Salud firmantes de la presente Declaración:

1. Reconocemos que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad.
2. Consideramos que la promoción del desarrollo sanitario y social es un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos; que comparten todos los demás sectores de la sociedad.
3. Somos conscientes de que, en los últimos años, gracias a los esfuerzos persistentes y conjuntos de los gobiernos y las sociedades, se han registrado importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de servicios de salud en muchos países del mundo.
4. Observamos que, a pesar de esos progresos, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar.
5. Somos conscientes de que, al propio tiempo, las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la salud.
6. Reconocemos que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y que esto requiere mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad.
7. Concluimos que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.
8. Comprobamos que existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces. Habida cuenta de lo que antecede, suscribimos lo siguiente:

Acciones

- A. Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales.
- B. Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.
- C. Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo, si es necesario, a los conocimientos de la OMS y de sus asociados en esta esfera. Esos planes variarán en función del contexto nacional, pero se ajustarán a un marco básico que se acuerde en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y que podrá incluir, entre otros aspectos, lo siguiente:
 - La identificación de las prioridades de salud y el establecimiento de programas y políticas públicas sanos para atender dichas prioridades.
 - El apoyo a la investigación que promueva los conocimientos sobre prioridades determinadas.
 - La movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la elaboración, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional.
- D. Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.
- E. Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.
- F. Informar a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, para los fines del informe que ésta presentará al Consejo Ejecutivo en su 107ª reunión, de los progresos realizados en la ejecución de las acciones arriba mencionadas.

Firmado en la Ciudad de México, el 5 de junio de 2000, en árabe, chino, español, francés, inglés, ruso y portugués, versiones todas ellas igualmente auténticas.



APOC en la encrucijada

José Luis de Peray, Gonçal Foz (Grupo de Trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria)

Con este título tuvieron lugar los días 16, 17 y 18 de octubre de 2000 unas sesiones de trabajo sobre Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), en Washington (EEUU), organizadas por la George Washington University y la Universidad Hebrea de Jerusalén, que reunió a diversos profesionales, con responsabilidades diferentes en la práctica de la APOC, de diferentes países para debatir la situación actual de la APOC y analizar el desarrollo futuro de la misma.

En la reunión participaron profesionales de EEUU, Israel, Sudáfrica, Reino Unido, Colombia, Benin y España. El encuentro estuvo planteado como un espacio de reflexión y un foro de debate sobre APOC a partir de las experiencias aprendidas durante los procesos de implantación en las prácticas de Atención Primaria, las actividades docentes y el diseño de los sistemas de salud de esta orientación.

A partir del concepto de APOC como el lugar de encuentro de la salud comunitaria y de la Atención Primaria de salud para mejorar el estado de salud de los individuos y de la comunidad, a través de la consideración de la población como un todo, de acuerdo a sus necesidades de salud y a un proceso planificado con la participación de la comunidad en todas las etapas de su desarrollo, se inició un debate a partir de presentaciones formales que se incluyen en la siguiente tabla:

Contenidos	Ponentes
APOC. Historia y ética	Fitzhugh Mullan
Informe de la experiencia internacional de APOC	Jaime Gofin
APOC en la encrucijada: ¿cuáles son las posibles direcciones?	Leon Epstein
El futuro de la APOC: en un medio de atención gestionada	Gordon Moore
El futuro de la APOC: en un medio de ausencia extrema de recursos	Steve Tollman
Desde el pasado al futuro de la APOC: en los servicios, en la enseñanza, en la investigación	Jo Boufford
APOC en diferentes sistemas de salud	Steve Guillam, Ron Anderson, Alan Schamroth, Elizabeth Ponce
Enseñanza en APOC	Bruce Goldberg, Rosa Gofin
Sostenibilidad de la APOC	Judith Hooper

Las principales conclusiones plantadas, a modo de análisis estratégico, hacen referencia a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de APOC en el momento actual, así como sus líneas de futuro.

Las principales fortalezas que se señalaron son: 1) la de las necesidades de salud de la comunidad como motor de la APOC; 2) la metodología sistemática, lógica, rigurosa, científica, práctica, fácil para los trabajadores de salud, que utiliza una tecnología blanda y asequible; 3) la organización que permite y promueve la democracia, la participación, el trabajo multidisciplinar, el sentimiento de pertenencia a los proyectos; 4) la mercadotecnia que permite resultados en todo el espectro del concepto biopsicosocial de salud, la obtención de resultados evaluables y el logro de estos resultados a través de la implicación de la comunidad; 5) el uso de recursos

disponibles, de baja complejidad con un importante aporte de los recursos comunitarios tanto humanos como materiales y 6) la formación y educación a través del proceso de trabajo en equipo y el desarrollo del mismo a través de la formación que exige el proceso de APOC.

Las debilidades que se señalaron fueron: 1) no conseguir conectar con los profesionales poco motivados; 2) la metodología consume mucho tiempo, requiere pasar por diversas etapas y frecuentemente exige asesoría externa, principalmente relacionada con el uso de la epidemiología; 3) la organización exige un cambio en las actitudes de los médicos y la aceptación de un «caos» representado por la participación comunitaria en el proceso, la resistencia a los cambios y las tensiones entre el equipo de salud y las instituciones que lo financian o lo dirigen; 4) una mercadotecnia que precisa tiempo para observar



resultados y un equipo de salud con poca vocación de vender sus procesos y resultados, y 5) unos recursos que van a exigir más tiempo, que van a requerir apoyo externo de expertos y que va a exigir más trabajo.

Por otra parte, la APOC ofrece: 1) la oportunidad de ensanchar los límites de la Atención Primaria de salud extendiéndolos de forma no retórica a la atención a la comunidad como un todo; 2) unifica los conceptos sobre el uso y desarrollo del desarrollo de la salud comunitaria desde la Atención Primaria; 3) constituye la base para el desarrollo de la provisión de la Atención Primaria de acuerdo con la gestión de la atención (managed care) introduciendo financiación específica o incentivos de acuerdo a los logros; 4) es el elemento que permite articular las estrategias y acciones de salud pública con la Atención Primaria de salud; 5) permite una formación continuada en colaboración con otros sectores y disciplinas que contribuyen al desarrollo comunitario; 6) desarrolla el sentimiento de pertenencia de todas las instituciones de la comunidad y de sus integrantes en pos de objetivos comunes; 7) mejora la eficiencia en el uso de recursos; 8) extiende las actividades de todos los niveles de prevención, y 9) mejora los atributos de la Atención Primaria especialmente la calidad de la atención, la continuidad y el acceso.

Las principales amenazas proceden 1) de los déficit de conocimiento, herramientas, financiación, habilidades, investigación, modelos de atención; 2) del predominio del modelo

curativo en la Atención Primaria; 3) de la ausencia tecnológica que frecuentemente constituye un elemento incentivador; 4) de la confusión con otras estrategias y metodologías que utilizan similares conceptos con diferentes significados y exigencias; 5) la dificultad del trabajo en grupo o en equipo; 6) del uso político o partidario que pueda dársele; 7) de la visión como práctica irrelevante por parte de otros sectores de las ciencias de la salud o de los grupos sociales; 8) la dificultad de establecer un modelo orientado a la comunidad factible, y 9) la baja extensión del modelo propuesto.

Este análisis interno y externo, que hemos pretendido resumir en los puntos precedentes, hizo que se permitiera llegar a una serie de expectativas, tendencias o retos hacia los que avanzar y que serían los que se concretan en: 1) la necesidad de que APOC sea un paradigma para la provisión de la Atención Primaria de salud; 2) que manteniendo los elementos esenciales provea de herramientas útiles, prácticas, factibles y flexibles para cada parte del proceso de desarrollo de la APOC; 3) el establecimiento de una red de comunicaciones de las experiencias de APOC en el mundo; 4) el liderazgo creciente de la comunidad en este proceso; 5) la necesidad de que se constituya en un referente para la formación en Atención Primaria de salud, y 6) la garantía de un apoyo y soporte a las actividades orientadas a la comunidad.

Para ello, se concluyó que las principales necesidades para avanzar en el desarrollo de la APOC

se situaban en los siguientes ámbitos: 1) el uso de herramientas fáciles y factibles para el desarrollo del proceso de APOC; 2) extensión del conocimiento de las actividades, logros y dificultades de los modelos de APOC presentes a través de la red informática; 3) creación de un marco formal para la inclusión de la salud pública en el proceso de trabajo de APOC; 4) existencia de fondos para la investigación, educación, práctica y generación de un modelo de APOC; 5) formulación de un plan estratégico global que incluya financiación, mercadotecnia educación e investigación, y 6) disponibilidad para la formación y el entrenamiento de formadores, estudiantes y profesionales de la Atención Primaria.

El papel de la situación de APOC en España fue también considerado a partir de la presentación de las actividades y logros del Grupo de Trabajo en APOC de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar. El PACAP y sus actividades constituyeron también un punto de la reflexión sobre la situación de las actividades comunitarias y su relación con APOC.

Creemos globalmente que esta reunión ha servido para poner de manifiesto la necesidad de reorientar o afirmar estrategias y métodos de la APOC. Que su desarrollo está íntimamente relacionado con los modelos de sistemas de salud así como por las motivaciones y formación de los equipos de salud en el nivel primario y de la comunidad a partir de una participación que encuentra su sentido en el hacer.



Premios semFYC para Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria convoca con una periodicidad anual los «Premios semFYC a Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria» a los cuales se tiene opción a concursar mediante proyectos que promuevan la participación de las personas en el cuidado y promoción de su salud y que se desarrollen en el ámbito de la Atención Primaria.

La convocatoria de estos premios, que se vienen realizando desde 1996, responde a los siguientes objetivos: 1) estimular la puesta en marcha de proyectos de intervención y participación comunitaria en Atención Primaria; 2) financiar la implementación de los que resulten premiados, y 3) difundir las experiencias acumuladas en torno a ellos.

Entre 1996 y 1999, han resultado premiados un total de 12 proyectos, estando en preparación en la actualidad la publicación que recogerá los resultados de los correspondientes a las dos primeras ediciones.

Desde estas páginas queremos animar a todos aquellos profesionales sociosanitarios que desarrollen su actividad en el ámbito de la Atención Primaria a participar con sus proyectos de orientación comunitaria en la VI Convocatoria de estos Premios (2001). La dotación es de un millón de pesetas para el primer premio y de 400.000 pesetas para dos accésit. Para más información, las personas interesadas pueden dirigirse a: Secretaría PACAP. Arriola, 4, Bajo D. 18001 Granada. Tel. y fax: 958 20 89 23. E-mail: pacap@samfyc.es.

Proyectos que han obtenido financiación en las cuatro primeras convocatorias de los «Premios semFYC para Proyectos de Actividades Comunitarias»

- «Una Escuela de Salud para el Barrio». Centro de Salud «San Isidro N.». Madrid.
- «Intervención con Jóvenes en Riesgo Social». Asociación Comunitaria Distrito Quinto y Centro de Salud Labañou. La Coruña.
- «Grupo de Apoyo Social y Optimización de Redes y Recursos Comunitarios en una Zona de Salud Urbana». Centro de Salud de la Alamedilla. Salamanca.
- «A Propósito de un Programa de Salud Comunitaria». Centro de Salud de Miranda del Castañar. Salamanca.
- «Promoción de Salud en los Mayores». Centro de Salud de la Alamedilla. Salamanca.
- «Proyecto de Actividades del Consejo de Salud del Barrio de Carabanchel Alto». Plan Comunitario de Carabanchel Alto y Centro de Salud «Guayaba». Madrid.
- «Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes». Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Madrid.
- «Cuidar al cuidador. Grupos y comunidad». Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.
- «Arete de Capadoccia». Centro de Salud de Camas. Camas. Sevilla.
- «Centro de Encuentro y Acogida para Drogodependientes sin Techo». ACLAD – Asociación de Ayuda al Drogodependiente. Valladolid.
- «Desarrollo de un Programa de Educación Sexual, Anticoncepción y Prevención de ETS – Sida para alumnos de 3.º de ESO». Centro de Salud Polígono Norte de Sevilla.
- «La jubilación no se improvisa, ¡Prepárela!». Centro de Salud de Archena, Murcia.



Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria «Marie Langer»

El «Centro Marie Langer», con sedes en Madrid y Vitoria, realiza actividades en los campos de intervención comunitaria, clínica y docente-investigativa. Cuenta con un equipo de trabajo multidisciplinar y el método básico de trabajo que utiliza es el denominado «Grupo formativo», conceptualizado como un espacio grupal de reflexión en el cual se brindan elementos de análisis que facilitan el desarrollo del protagonismo personal y social en la resolución de problemas.

En el campo de la *intervención comunitaria* se desarrollan actividades en diversos ámbitos a través de los siguientes programas:

- «Un lugar para la familia»: espacio permanente de atención y orientación integral a la familia, que incluye: 1) trabajo con adultos: escuelas de padres (I y II nivel), talleres específicos como «El rol de la mujer» o «La problemática actual hombre-mujer. Encuentros y desencuentros»; 2) trabajo con púberes y adolescentes: talleres «Mi pandilla», «Quiero disfrutar mi pubertad», «Ser adolescente» y «Ser joven hoy»; 3) trabajo con niños: talleres de juego y 4) otros espacios como

tertulias, encuentros, semanas culturales de la familia y jornadas especiales.

- En el campo escolar se abordan, entre otras, temáticas como la tarea educativa y su problemática actual, el rol del profesor, los grupos y su relación con el proceso de aprendizaje, conflictos relacionales en el aula y análisis de situaciones pedagógicas.
- En el campo de las minusvalías se realizan talleres con padres, familiares y personas afectadas por la minusvalía.
- En el campo laboral se abordan temáticas referidas al rol del trabajador, los problemas vitales y laborales o la jubilación.

Estos programas se desarrollan desde diversos ámbitos institucionales entre los que se incluyen: ayuntamientos, colegios públicos, centros de profesores y equipos de orientación educativa, asociaciones de padres, universidad, servicios de Atención Primaria de salud y un largo etcétera. También se desarrollan experiencias en Cuba, Brasil y Argentina.

En lo que respecta a la oferta *docente*, cabe destacar el «Curso de Metodología de Intervención Comunitaria centrada en los Procesos Correctores Comunitarios».

Este curso, que está dirigido a profesionales de la salud, de la educación, etc., tiene los siguientes objetivos: 1) brindar las bases teórico-metodológicas que capaciten al profesional para el diseño de una intervención comunitaria, la implementación de programas y la coordinación de grupos; 2) profundizar en la realización de programas dirigidos a distintos sectores de población y 3) contribuir a la redimensión de los roles profesionales, a un ejercicio profesional más satisfactorio, a la interdisciplinariedad y al mejor funcionamiento de los equipos.

Sus contenidos se desarrollan a través de tres niveles de capacitación y la duración total del mismo es de 420 horas. La metodología utilizada es la denominada «grupo formativo».

Se puede solicitar información sobre las diversas actividades a la siguiente dirección: «Centro Marie Langer». Plaza de los Reyes Magos, 2, 4.º A. 28007 Madrid. Tel.: 91 433 53 20. Fax: 91 501 61 58. E-mail: mirthcml@ibercom.com.