



## ***La financiación para proyectos de intervención social en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud***

Marta Lozano Sabroso

*Trabajadora social. Coordinadora General del Plan Comunitario de Carabanchel Alto (Madrid).  
Máster en Investigación Participativa y Gestión Local. Miembro del Comité Permanente del PACAP.  
E-mail: marta.lozano@retemail.es*

Las dificultades para la financiación de experiencias comunitarias constituyen, en muchas ocasiones, un factor decisivo que afecta a su puesta en marcha. Este espacio, del que dispondremos en la revista *Comunidad* a partir de este número, tiene como objetivo ofrecer información sobre las fuentes de financiación de proyectos que tengan por objeto la prevención y promoción de la salud.

Así, se tratará de sistematizar y de hacer llegar al mayor número de personas y entidades, convocatorias de las distintas administraciones públicas, de patrocinadores privados que financian proyectos comunitarios, direcciones de interés, plazos de presentación de proyectos..., etc.

Sin embargo, nos enfrentamos a varias dificultades para el objetivo que nos proponemos. A continuación se señalan algunas de ellas, ya que como dice el dicho: «no hay nada mejor que reconocer el problema para poder solucionarlo».

La primera de ellas está relacionada con la *dispersión de la información*. Prácticamente todas las administraciones, por pequeñas que sean, tienen unos recursos que pueden dirigir para financiar éstas u otras actividades, por lo que es imposible que recojamos todas las ayudas y que, además, éstas estén actualizadas.

La segunda hace referencia a la *volatilidad de las subvenciones*. Lo que en un año se financia, al año siguiente, por cambios en la Administración, por problemas presupuestarios u otras cuestiones, puede que no, por lo que no se puede decir que siempre vamos a contar con los mismos recursos.

Una tercera dificultad está vinculada con la *periodicidad de las convocatorias* que realizan las Administraciones. Las órdenes por las cuales se convocan a entidades para la financiación de proyectos comunitarios, no tienen una periodicidad fija, por lo que una convocatoria que un año se lleva a cabo en enero, al año siguiente puede que se realice en marzo.

Aún a sabiendas de que la realización de estas convocatorias depende de muchos factores, con el presente artículo pretendemos ofrecer una serie de recomendaciones para que vosotros, como profesionales y partícipes de vuestra comunidad, podáis orientar a entidades sobre cómo conseguir financiación.

Diferenciaremos, en primer lugar, entre el sector público (Administraciones) y el privado (fundaciones, grandes y pequeñas empresas, asociaciones...). Cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes, particularidades que debemos conocer a la hora de solicitar una ayuda o subvención. Así, en el caso de la Administración, se



suelen regir por criterios técnicos para elegir los proyectos financiables, pero, en cambio, las justificaciones económicas y técnicas requieren de un trabajo muy exhaustivo.

Las Fundaciones u otras entidades de carácter privado cuentan, por lo general, con menos recursos, las convocatorias son más abiertas y cuando aceptan la financiación de alguna actividad son menos exigentes con la burocracia y papeleo.

Aquí nos centraremos, como punto de partida, en lo que denominamos «*nivel cero*», entendiendo como tal un grupo de personas que está desarrollando una actividad comunitaria sin apenas financiación. En primer lugar, es fundamental el reconocimiento legal del grupo de personas que participan para llevar adelante el proyecto. Lo recomendable es **constituir una entidad sin ánimo de lucro**, marco idóneo para desarrollar actividades sociales no lucrativas. Sin ese reconocimiento legal previo es prácticamente imposible que alguna Administración pueda financiar proyectos, ya que legalmente lo estaría haciendo a particulares. Sin embargo, sí que es posible que algún patrocinador privado (p. ej. una empresa del barrio) pueda aportar alguna cuantía.

Nos interesan básicamente dos formas jurídicas que regulan la constitución de «entidades sin ánimo de lucro»: *las Fundaciones y las Asociaciones*. Unas y otras presentan unas particularidades que han de conocerse como paso previo a nuestra formalización

legal. Así, las Fundaciones requieren de cierto capital para su constitución, mientras que ese no es el caso de las asociaciones. Del análisis de las experiencias adscritas a la Red de Actividades Comunitarias de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria\*, se desprende que el marco jurídico más utilizado para desarrollar actividades de orientación comunitaria es el de asociación.

Si nos decidimos por esta fórmula, no debemos olvidar que la especificidad de carecer de «ánimo de lucro», deberá figurar en nuestros estatutos. Este es un requisito imprescindible para la obtención posterior de subvenciones. De cualquier forma, dada la complejidad del «papeleo», conviene dirigirse a algún «Servicio o Programa de Asociacionismo». Estos servicios se suelen ofertar desde las administraciones autonómicas y/o locales y su función es precisamente esa, apoyar y asesorar al tejido social en aspectos de gestión, formativos y legales.

En cualquier caso, el denominador común de todas las iniciativas que buscan financiación es **la importancia de darse a conocer**; es decir, presentarse a la Administración o Patrocinador. Y para ello, hay que contar con una buena memoria de las actividades que se están desarrollando y explicar

\* «Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria», Ed. semFYC, noviembre, 2000.

## ENVÍANOS INFORMACIÓN SOBRE CONVOCATORIAS

que conozcas  
(a nivel europeo, estatal, autonómico o local)  
para financiar proyectos comunitarios.

E-mail: [plancomcalto@retemail.es](mailto:plancomcalto@retemail.es)

o a la

Secretaría del PACAP  
Arriola, 4. 18001 Granada



detenidamente quiénes somos, qué se pretende hacer y cuántos recursos se necesitan.

Otra cuestión importante es que las relaciones con posibles financiadores no deben limitarse a ser puntuales en el tiempo, al momento en que necesitamos los recursos. Darnos a conocer requiere un trabajo y unas relaciones institucionales planificadas y continuadas en el tiempo.

Es posible que la primera vez que acudamos a contar nuestro proyecto no exista ninguna convocatoria abierta, pero si son cantidades pequeñas, las corporaciones locales siempre disponen de recursos para ejecutarlos como mejor precisen. Es importante en esta entrevista dar una visión de seriedad y profesionalidad, por lo que es aconsejable que acudan a ella personas que conozcan el proyecto y sus objetivos perfectamente.

Por último, una vez finalizado el programa, hay que asegurarse de que las justificaciones, tanto técnicas

como económicas, están correctamente realizadas y adjuntarlas a una buena memoria de actividades, es un paso a posteriori pero no por eso menos importante, ya que de eso dependerá que en años sucesivos podamos seguir estando apoyados por esas mismas entidades.

### Convocatorias

En sucesivos números de esta revista ofreceremos información sobre las convocatorias para financiar proyectos de orientación comunitaria existentes a nivel europeo, estatal, autonómico y local.

Dada la imposibilidad, por los motivos expuestos más arriba, de recoger todas las posibles fuentes de financiación existentes, desde aquí queremos hacer un llamamiento a todas las personas que tengáis información al respecto para que la enviéis a la siguiente dirección de correo electrónico: [plancomcalto@retemail.es](mailto:plancomcalto@retemail.es), o bien a la

## PREMIOS PARA PROYECTOS DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria, a través del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, y como estrategia de promoción de salud, convoca anualmente tres premios a proyectos de actividades comunitarias.

**Un premio de 1.000.000 de Ptas.  
y dos accésit de 400.000 Ptas.**

SECRETARÍA DEL PACAP:

Arriola, 4, bajo D. 18001 Granada

Tel./Fax: 958 20 89 23

Correo electrónico: [pacap@samfyc.es](mailto:pacap@samfyc.es)

<http://www.semfyc.es/pacap>

  
**semFYC**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE MEDICINA DE FAMILIA  
Y COMUNITARIA

**PACAP**  
PROGRAMA DE  
ACTIVIDADES  
COMUNITARIAS EN  
ATENCIÓN PRIMARIA



## EL PACAP EN EXTREMADURA

El 5 de mayo de 2000 se constituye el «Grupo Autónomo del PACAP» respondiendo al propósito de impulsar el desarrollo de las actividades comunitarias en los centros de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura. El grupo está constituido por cuatro enfermeras, dos trabajadoras sociales y un médico. En enero de 2001 se incorpora al grupo la presidenta de la asociación de vecinos del Progreso (Badajoz) y un Agente de Salud Comunitario de la Zona de San Fernando (Badajoz).

El grupo se pone en marcha con el convencimiento de que las actividades comunitarias en los centros de salud no sólo son necesarias, sino imprescindibles para el pleno desarrollo de la Atención Primaria de salud. En su *análisis de situación* destacan que hay una serie de factores que influyen en el hecho de que no se estén llevando a cabo actividades comunitarias en los centros de salud.

En primer lugar, los centros de salud funcionan en sí mismos sin vías de comunicación con su comunidad, las actividades comunitarias se han enfocado incorrectamente y producen temor. Por otra parte, la formación metodológica en prácticas comunitarias de la mayoría de los profesionales sanitarios de los centros de salud es muy deficiente y aún persisten entre los médicos de familia y muchos profesionales de enfermería actitudes de escepticismo y a veces de franca oposición hacia las actividades comunitarias, rechazándolas como parte de su perfil profesional e incluso como parte de la Atención Primaria.

Otros factores están relacionados con el hecho de que hay profesionales sanitarios interesados en participar pero no en impulsarlas, con la falta de reconocimiento de este tipo de actividades por parte de la Consejería de Sanidad y del Insalud y con el hecho de que las actividades comunitarias no están incorporadas al trabajo rutinario de los centros de salud.

El grupo de trabajo se ha planteado los siguientes *objetivos*:

1. Aumentar la sensibilidad de la administración sanitaria y ser interlocutores reconocidos ante la misma.
2. Promover la formación en metodología para la realización de actividades comunitarias.
3. Elaborar una base de datos sobre las actividades comunitarias que realizan los centros de salud y las asociaciones sociosanitarias y servicios que ofrecen.
4. Impulsar comunicaciones estables entre los distintos grupos sociosanitarios que realizan actividades comunitarias.
5. Asesorar y apoyar a profesionales y grupos que desarrollen o prevean desarrollar actividades comunitarias y que lo demanden.
6. Presentar el PACAP a la administración y distintas asociaciones profesionales y sociales.
7. Incluir en la cartera de servicios la atención comunitaria con una alta valoración.

En lo que respecta a su *organización funcional*, el grupo del PACAP está organizado en dos áreas de trabajo: Análisis de Situación y Docencia.

A continuación, se describen las *actividades* que el «Grupo PACAP de Extremadura» ha desarrollado hasta el momento.

**Reuniones periódicas del Grupo del PACAP:** El grupo se reúne todos los meses, el último viernes de cada mes. Se cuidan los aspectos formales, tales como el envío previo del orden del día

y la elaboración de un acta de cada reunión, en la que se recogen los temas tratados y los acuerdos alcanzados.

**Actividades del área de análisis de situación.** Se está trabajando en la elaboración de un mapa de actividades comunitarias de la Comunidad Autónoma. En él se van a recoger tanto las actividades realizadas por los equipos de Atención Primaria como aquellas otras realizadas por los colectivos sociales.

**Actividades del área de docencia.** Se ha elaborado un «Taller de Introducción a la Metodología en Educación para la Salud». Este taller se ha realizado, dirigido a profesionales sociosanitarios, en la zona de salud de Zafra (diciembre de 2000) y en la zona de salud de San Fernando en Badajoz (febrero de 2001). También se ha impartido a los residentes de Medicina de Familia (R2 y R3), dentro de las actividades docentes de la Unidad Docente de Badajoz.

**Constitución del Grupo PACAP en Cáceres.** En septiembre de 2000 se iniciaron los contactos con profesionales sociosanitarios de la provincia de Cáceres con experiencia en actividades comunitarias con el fin de organizar un grupo de trabajo del PACAP en Cáceres. En la primera reunión se presentó el PACAP y se discutieron sus posibilidades de desarrollo en la Comunidad. Asimismo, se les facilitó documentación para que la estudiaran detenidamente y se concertó una segunda reunión a la que acudieron los profesionales interesados en formar el Grupo de Cáceres. En esta reunión se aclararon aspectos organizativos y las estrategias de trabajo.

**Presentación del PACAP a la Junta Directiva de la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria (sexmFYC).** Una vez constituido el Grupo del PACAP de Badajoz, se informó al Presidente de la sexmFYC de los objetivos y actividades a realizar y se acordó la presentación del PACAP a la Junta Directiva y el mantenimiento de reuniones periódicas con la misma.

**Contactos con la Consejería de Sanidad y Consumo.** A instancias de la Junta Directiva se iniciaron los contactos con el Jefe de Servicio de Prevención y Programas de la Dirección General de Salud Pública, con el objetivo de crear un grupo de trabajo integrado por PACAP-sexmFYC y la Consejería de Sanidad para el desarrollo de una red de actividades comunitarias en nuestra comunidad. Se mantuvo una primera reunión en octubre de 2000 y un posterior contacto en febrero de 2001, pero hasta el momento no se ha concretado ninguna vía de colaboración.

**Difusión del PACAP.** Se ha publicado una editorial sobre el PACAP en la *Revista Primer Nivel* y está previsto publicar información sobre los objetivos y actividades del PACAP en Extremadura en sucesivos números.

Por último, hay que señalar que a medio plazo el Grupo PACAP de Extremadura tiene previsto realizar las siguientes actividades: 1) presentación del PACAP a la Consejería de Sanidad, Insalud y asociaciones sociosanitarias; 2) establecimiento de contactos con las asociaciones sociosanitarias de la región para elaborar una base de datos sobre las actividades que realizan y los servicios que ofrecen; 3) realización de talleres de trabajo dirigido a profesionales sociosanitarios que realicen actividades comunitarias o estén interesados y lo demanden; 4) desarrollo de contactos con la administración sanitaria ofertando servicios e ideas que pudieran ser de utilidad y 5) organización de encuentros para compartir experiencias comunitarias entre los centros de salud.



### **Veinte Aniversario de la apertura del primer Centro de Salud de España**

El pasado 20 de octubre se celebró el Veinte Aniversario del Centro de Salud de Cartuja de Granada. Se han organizado una serie de actos, tanto de tipo institucional como científico, para celebrar lo que supuso el inicio de un nuevo modelo organizativo y, en palabras de su primer director, Luis de la Revilla, «*el gran taller donde se fraguó la Atención Primaria de salud de nuestro país y donde se estableció el primer perfil profesional del nuevo especialista en medicina familiar y comunitaria*».

El Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, Francisco Vallejo, procedió a la colocación de una placa conmemorativa en el centro de salud. Posteriormente tuvo lugar en la Escuela Andaluza de Salud Pública un acto presidido por el Consejero, acompañado de las autoridades locales y provinciales y del actual Director del centro, Fermín Quesada.

En dicho acto se destacó la importancia del Centro de Salud de Cartuja como punto de partida de la reforma sanitaria en Andalucía y se hizo entrega de placas a miembros de la

primera etapa del centro, tanto profesionales de enfermería y de medicina como personal administrativo. Manuel Gálvez, Coordinador de la Unidad Docente de Granada, pronunció una conferencia sobre la historia del centro. Para finalizar, se celebró una Mesa Redonda que fue seguida de un intenso debate.

La celebración de este Veinte Aniversario, contó con la asistencia de 250 personas, entre ellas, muchos de los y las profesionales que se formaron en el centro en su período de residencia. Hay que destacar también la presencia en estos actos de profesionales de pediatría, trabajo social y enfermería.

A continuación ofrecemos el texto de las ponencias presentadas a la Mesa, así como el texto de la intervención del moderador, Luis de la Revilla. Son reflexiones, a nuestro juicio, de un alto interés dado que están basadas en la «práctica tenaz» de tres personas que llevan veinte años trabajando para introducir los contenidos comunitarios en la Atención Primaria de salud.

#### **Reflexiones en el Veinte Aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja**

Luis de la Revilla  
Director del Centro de Salud de Cartuja  
en su primera etapa

Celebramos estos días el Veinte Aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja. Este hecho tiene, de una parte, la importancia que supuso la apertura del primer centro de salud en España y, de otra, la puesta en

marcha de un nuevo modelo organizativo que acercaba la atención y los cuidados de salud a la población.

Aunque ambos hechos tienen la suficiente relevancia como para que dediquemos un tiempo para festejar esa efeméride, me parece que no es sólo eso lo que merece destacarse, puesto que, lo que realmente importa, lo que hace de este aniversario un recuerdo singular, es el hecho de que el Centro de Salud de Cartuja se conformó como el taller, el gran taller donde se fraguó

la Atención Primaria de salud de nuestro país y donde se estableció el primer perfil profesional del nuevo especialista en medicina familiar y comunitaria.

Y donde, en fin, se construyeron los modelos organizativos capaces de responder a las demandas individuales de salud con alto rigor científico, propiciando además la puesta en marcha de nuevas actividades de prevención y promoción de la salud, así como novedosas intervenciones sobre la familia y la comunidad.



Permitid que mencione ahora, aunque sea de pasada, aquellas actividades que se establecieron por primera vez en España y que se constituyeron, con el tiempo, en el cuerpo de doctrina de la práctica de la Atención Primaria. Así:

- Se organiza el primer sistema de registro de Atención Primaria. Se utiliza por vez primera la historia clínica, junto con los correspondientes registros para las restantes actividades de los programas de salud. Gracias a ello pudimos conocer por vez primera la morbimortalidad en pequeñas comunidades.
- Se pone en marcha el primer programa de inmunizaciones. Se crea en el centro de salud un área específica para cumplimentar y evaluar el programa de vacunaciones.
- Por vez primera los profesionales realizan actividades de atención, prevención y promoción en los niños, con el programa de salud infantil.
- Se instaura el primer programa maternal, con los subprogramas de control de embarazo, planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer genital.
- Somos también los primeros en establecer un programa de salud escolar.
- Y se generan, como otras tantas primicias, actividades tales como el programa de prevención de accidentes de la infancia, cursos de educación sexual para alumnos de bachillerato entre otros.
- Todo lo concerniente a la atención comunitaria le da un carácter muy particular al trabajo del Centro de Salud de Cartuja, así se establece el primer diagnóstico de salud de

la comunidad. Gran parte de las acciones, descritas más arriba, lo son de los programas de salud comunitarios, que surgen como consecuencia del diagnóstico.

- En esta misma línea, se pone en marcha el primer consejo de salud, como un modelo de participación comunitaria.
- Se definen por primera vez las actividades y funciones de los centros de salud y se establece un modelo de organización.

Por todo esto, creo que lo que conmemoramos hoy es precisamente el nacimiento de una nueva forma de trabajar en Atención Primaria, un nuevo estilo de responder a las necesidades de salud de la población. A ese movimiento, que se inicia en Granada y se extiende a lo largo y ancho de España, lo denominamos el **Espíritu de Cartuja**, esto es, una manera de entender y hacer la medicina de familia, una forma nueva y distinta de organizar las actividades de Atención Primaria.

Podemos decir sin rubor que este *Espíritu de Cartuja* impregnó de tal manera el proceso de la reforma sanitaria que, en buena medida, las actividades y programas que se establecen para la Atención Primaria en Andalucía y, posteriormente en otras comunidades, se deben al trabajo realizado hace ahora veinte años.

El *Espíritu de Cartuja*, generador de las nuevas ideas, no puede atribuirse a una o dos personas, sino que fueron muchas las que dieron vida a estos sueños, las que se esforzaron, aportando dedicación, trabajo y, sobre todo, imaginación y hasta fantasía. Conviene recordar aquí, dejando los nombres en el corazón para no

olvidar a nadie, a los médicos generales, enfermeros, celadores, secretaria de la Unidad Docente, técnica de salud, trabajadores sociales, asociaciones vecinales y sobre todo, a los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, muy especialmente a la primera promoción, sin cuyo entusiasmo y dedicación el centro de salud no hubiera nacido ni hubiera subsistido.

Con el paso de los años se han producido cambios importantes, se ha consolidado el trabajo en los centros de salud y casi se ha completado la reforma sanitaria. Esto es verdad, pero ¿a qué precio? A lo largo de estos años hemos ido perdiendo algunas de las más queridas señas de identidad, nos hemos atrincherado en la soledad de las consultas, hemos cambiado la organización, alejándonos del modelo UAF (Unidad de Atención Familiar), hemos pasado de programas de salud a protocolos de atención, percibimos la visita domiciliaria como un castigo y las actividades de prevención y promoción y la atención a la comunidad no forman parte de nuestro currículo profesional.

Es el momento de preguntarnos a dónde vamos, de denunciar la tremenda distancia que separa el perfil profesional teórico del real, y sobre todo es un buen momento para reflexionar.

Han pasado muchos años, veinte, los suficientes para que analicemos qué cambios se han producido en la sociedad, de evaluar qué esperan de nosotros los pacientes, de conocer el perfil profesional que demanda la administración, de averiguar por qué dijimos adiós, sin que al parecer nos doliera la renuncia, a todo lo que de innovador tuvo la atención dirigida a la comunidad.



Esta reflexión sobre nuestra historia reciente, sobre lo que hemos perdido y hemos ganado, nos debe llevar a encontrar caminos nuevos, para hacer si es necesario la reforma de la reforma, la contrarreforma.

Y esta es la tarea que os propongo, que este aniversario sea un encuentro, no sólo para recordar, para traer de la memoria colectiva las distintas y variadas aventuras personales, sino para proponer ideas, para construir nuevas formas de ser médico de familia y de organizar la Atención Primaria.

Desde el pasado, cargando con el peso de todos estos años, caminar hacia el futuro, desde el *Espíritu de Cartuja* hacia una **Declaración de Cartuja**, donde planteemos qué queremos ser.

Esto os lo demando a los componentes de esta mesa redonda, esto es lo que os pido a todos los que estáis aquí constituidos en asamblea.

### La medicina comunitaria y la Atención Primaria

Ana Delgado Sánchez  
*Técnica de la Unidad Docente de MFyC de Granada*

En sus orígenes, la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en nuestro país estuvo marcada por unos principios que conformaron la identidad profesional de los médicos de familia (MF en adelante). Podemos recordar que los contenidos de medicina comunitaria marcaron estos inicios con mucha fuerza. No había antecedentes en los que apoyar el trabajo, de esta forma el primer paso que dieron los MF fue conocer las necesidades de salud y

el segundo paso planificar en qué y cómo iban a trabajar.

Se pensaron los programas de salud para incluir a las personas con una estrategia de riesgo. Incluso se pusieron en marcha mecanismos de participación comunitaria. La Atención Primaria se creó en España con importantes contenidos de prevención, promoción, énfasis en las necesidades y en la intervención planificada para enfrentarlas. Las limitaciones de las metodologías usadas en todos estos procesos se analizaron pronto en el tiempo y se corrigieron en algunas experiencias de planificación de los centros de salud.

Actualmente todos esos métodos de trabajo se han abandonado. En la consideración y en el quehacer de los MF las demandas prevalecen sobre las necesidades, algunas de las cuales se conocen y se niegan. Los programas que tenían objetivos poblacionales se han convertido en protocolos de atención casi siempre biomédica, dentro de la consulta, que se da a un paciente individual que demanda. Los MF se encuentran aislados del entorno de su centro de salud por las paredes de su consulta.

Existen razones externas, políticas y sociales que ayudan a explicar este cambio, pero debemos reflexionar sobre los motivos internos, los que derivan de las creencias, las experiencias y las expectativas profesionales de los propios MF.

La identidad profesional del MF sigue siendo extraordinariamente compleja, porque está integrada por múltiples elementos y existen contextos que facilitan o dificultan que sus componentes se expresen o no en la práctica. En la interacción entre individuos y sistema de trabajo, los primeros tratan de modificar el entorno

para adaptarlo a sus deseos al tiempo que se acomodan a las presiones socialmente impuestas. En este juego de interacciones, las diferentes señas de identidad del MF pueden balancearse y dar lugar a perfiles variables. Pero: ¿pensamos como colectivo que las señas de identidad comunitarias han desaparecido?, parece que al menos en el imaginario de algunos MF siguen vivas. ¿Es esto suficiente para seguir hablando de MFyC? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cómo tenemos que actuar para darles espacio en las prácticas? ¿Quiénes son los aliados posibles para ello?

### Tenemos muchas preguntas y hemos de buscar algunas respuestas

Todos los MF están de acuerdo en que la atención que prestan debe ser adecuada a las necesidades de salud de la población. Para plantear servicios de AP más acordes a las necesidades de la población es imprescindible conocer éstas, es necesario un sistema que agrupe las necesidades de la población como un todo, conocer cuáles son los grupos de riesgo que existen y volcar en ellos recursos especiales. Todos los ciudadanos deben recibir un paquete mínimo de servicios públicos, porque el acceso desigual a la atención médica y a los servicios preventivos aumenta las desigualdades en salud.

Pero también desde los centros de salud se producen desigualdades. Si dejamos a un grupo de niños sin vacunar, a unos cuantos ancianos incapacitados sin atención a domicilio o a unas cuantas adolescentes que sufran embarazos no deseados, estamos aumentando las desigualdades en salud. Sólo los profesionales de Atención Primaria



están en condiciones de trabajar para que las situaciones descritas no se produzcan, pero pensando en esos grupos como personas de la comunidad que es necesario identificar y atender, integrando para ello lo biológico con lo familiar y lo social, y no esperando pasivamente detrás de las paredes del centro de salud. Las personas de los ejemplos anteriores son de las que no vienen a pedir asistencia para esos problemas.

La medicina está llena de incertidumbres sobre el modo de diagnosticar enfermedades y, una vez diagnosticadas, el modo de tratarlas. No suele estar clara la línea entre hallazgos normales y hallazgos anormales en el diagnóstico de una enfermedad. Ante igual constelación de signos y síntomas, dos o más médicos hacen una interpretación clínica diferente y lo mismo ocurre a la hora de decidir sobre el tratamiento. Cada vez conocemos más sobre la magnitud de las variaciones en la práctica de los médicos.

A pesar de toda esa incertidumbre, los MF no dejan de atender a muchos pacientes cada día en sus consultas. Citaré sólo dos ejemplos frecuentes en la práctica diaria.

No conocemos si el impacto negativo sobre el bienestar de las personas a corto plazo producido por el screening y el tratamiento de la hipertensión arterial, supera los beneficios a largo plazo en morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares. Tampoco sabemos si los AINES (anti-inflamatorios no esteroideos como el ácido acetilsalicílico o el paracetamol) tienen más ventajas que efectos secundarios cuando se usan para tratar el dolor. En el Reino Unido se produjeron en un año más de 12.000 ingresos y 2.600 muertes

debidas a hemorragias digestivas como consecuencia de su consumo.

Sin embargo, hay cada vez más pruebas científicas de que las personas están sanas o enfermas en función de lo que ocurre en su entorno físico y social y de la cualidad y la calidad de las relaciones que mantienen con el mismo. Diferentes entornos físicos y sociales facilitan o dificultan que se expresen biológicamente las características genéticas de cada individuo. También sabemos, desde la práctica clínica, que el paciente es el agente de su curación, los médicos nos limitamos a ofrecerle ciertos recursos para ello, pero el principal recurso es el propio paciente y el apoyo que le den otras personas de su medio. Es más, el apoyo social se define en estos momentos como factor de protección frente a las enfermedades y tenemos considerables evidencias de las relaciones entre mortalidad y apoyo social, con una fuerza similar a la establecida para la relación entre tabaco y cáncer de pulmón.

La práctica médica es muy sensible a la introducción de un fármaco o de una técnica diagnóstica nueva, pero no a hechos como los señalados. Pero todo el conocimiento que se está acumulando sobre los determinantes de la salud, y que está produciendo un cambio de paradigma, a su vez está acarreando un divorcio cada vez mayor entre nuestra comprensión de dichos determinantes y el énfasis fundamental de la política sanitaria en la asistencia convencional. La dicotomía que separa la biología humana de «las demás cosas» está derrumbándose porque se empiezan a conocer las respuestas biológicas del organismo (mediadas por los sistemas endocrino,

neuroológico e inmunológico) a su entorno social.

Investigaciones recientes hacen pensar que el estudio de la respuesta biológica de los seres humanos a la tensión puede dar claves para entender cómo el medio ambiente influye sobre la salud. Los mecanismos con que cuenta una persona para enfrentar las situaciones de estrés están a veces disponibles de forma natural, en el caso de una familia acogedora, o pueden introducirse a propósito para prestar apoyo, es el caso de los grupos de autoayuda o de redes similares de apoyo social. El planteamiento sería: ante igual predisposición genética, y también, ante igual presencia de factores de riesgo como el tabaco, la biología humana responde mediada por las influencias del entorno social del individuo. Esto sugiere la necesidad de trabajar con las familias y los grupos para mejorar la respuesta del sujeto ante las situaciones de estrés.

Todo este conocimiento nos lleva a cuestionar el coste de oportunidad de las actividades asistenciales que el MF hace diariamente.

Podemos preguntarnos:

- Si los niños que están en guarderías del barrio hacen una dieta incorrecta para su crecimiento y desarrollo, ¿es más coste/efectivo trabajar niño a niño en la consulta, con los que vengan al CS, o trabajar en las guarderías con los grupos de madres, con sus creencias, con sus hábitos, con su cultura?
- Si los diabéticos, con toda su variabilidad biológica, tienen problemas semejantes con el cumplimiento del tratamiento y con los hábitos de vida, ¿es más rentable intentar que aprendan y





acepten las limitaciones de su enfermedad atendiéndolos uno a uno, un mes tras otro en la consulta, o facilitándoles un espacio de aprendizaje grupal, entre iguales enfermos, entre los iguales que tienen el saber acerca de la diabetes, que comparten las dificultades de ser diabético y las soluciones posibles?

- Si la salud física y psicológica de las personas que cuidan a los enfermos crónicos y a los ancianos en el hogar está deteriorada por la sobrecarga del cuidado, y las cuidadoras necesitan de otros recursos sanitarios y sociales para preservar su salud, ¿es más eficiente trabajar con ellas y sus familias como grupo para movilizar recursos formales e informales, o intentar consolarlas en la consulta individual?

Todos podríamos seguir haciéndonos preguntas similares y nos encontraríamos sin respuestas, estas y otras muchas preguntas similares no han sido investigadas. Aunque sí sabemos que los problemas de salud afectan a muchas personas de la comunidad, que requieren la colaboración entre distintos actores para ser resueltos y que los cambios que se producen en los hábitos y en las conductas son más duraderos cuando las familias y los grupos participan activamente en el proceso.

Pero los MF seguimos trabajando con opciones de un tipo, las que enfrentan a los pacientes de manera individual y aislada dentro de la consulta. ¿Podemos contar con algunas herramientas de uso sencillo y rápido para identificar necesidades de salud comunitarias? ¿Tenemos alguna posibilidad de pensar y actuar en términos

comunitarios para atender a grupos de riesgo como los incapacitados? ¿Decidimos, otra vez, que vamos a desarrollar exhaustivamente los protocolos clínicos para los diabéticos, los hipertensos y los hiperlipémicos que nos lo demanden, o decidimos que vamos a utilizar un abordaje comunitario para facilitar el mantenimiento y el desarrollo de las habilidades que tiene la población para cuidar de su salud?

### Perfil profesional del médico de familia

José Manuel Aranda Regules  
*Médico de familia*

#### ¿Por qué hablar del perfil profesional?

Un perfil profesional es un ideal. Y en Cartuja hicimos ese esfuerzo colectivo, que no sólo fue teórico porque teníamos que llevarlo a la práctica en otra invención que fue el centro de salud a la que estaba íntimamente ligado. Estas dos ideas trascendieron del pequeño grupo de Granada y configuraron, con otros grupos, las sucesivas normas de distinto rango que definen el papel de la Atención Primaria en el sistema sanitario español. Profesional y organización íntimamente ligados, casi inseparables. La realidad nos ha mostrado que son dos entidades distintas. Puede haber médicos de familia y Atención Primaria sin centros de salud, o a pesar de que éstos no funcionen.

Pero un perfil profesional no es sólo un ideal, también es una práctica. Y la práctica, que se conforma por las condiciones de trabajo, en el fondo es la expresión

de lo que en realidad el resto de los sectores sociales implicados por el trabajo del médico de familia esperan de él. La Administración crea las condiciones de trabajo y determina las prioridades, el resto de los profesionales y servicios de salud te colocan en un papel implícito a través de las relaciones que estableces con ellos, los usuarios demandan unas cosas y no otras.

Existe, por tanto, un perfil profesional oculto (no explícito) detrás del teórico. Y es el resultante de las expectativas del propio profesional y del usuario presentes en la relación médico-paciente. Y también de los grandes ausentes-presentes: el colectivo al que perteneces, el resto de profesionales, los jefes, la sociedad en su conjunto.

No hay problema si existe suficiente concordancia entre ambos, pero si no es así las consecuencias pueden ser graves. Frustración profesional, capacitación inadecuada a los médicos residentes, frustración social, despilfarro de recursos.

Es conveniente, después de veinte años, revisar lo que es y lo que hace el médico de familia en su práctica y compararlo con el ideal que construimos. Si la discordancia es importante existen dos opciones extremas: o modificamos el perfil teórico para ajustarlo a las demandas sociales actuales o luchamos por modificar nuestro contexto de trabajo. También existen infinitas intermedias que parecen las más razonables.

#### Lo malo y lo bueno de quince años de práctica

Este año finaliza el proceso de transformación de ambulatorios en



centros de salud en Andalucía. La cuestión ahora es ver qué está pasando con la asistencia primaria en estos centros.

En el lado **negativo** hay hechos que resaltar. En general, se puede decir que la asistencia está masificada en la mayor parte de ellos, salvo en las zonas rurales dispersas, donde los problemas son otros. Según la memoria de 1999 de la Consejería de Salud, la media de consultas/día en Andalucía por médico de familia fue de 48,73, de las cuales muchas siguen siendo trámites burocráticos (vaya coste de oportunidad gastar el tiempo de un médico en hacer recetas). Las condiciones de la consulta pueden definirse como de soledad y de extrema dureza. La atención domiciliar médica está disminuyendo (un 10% en el último año) y es percibida como un castigo.

La medicina comunitaria se ha dejado de practicar o está en manos de «voluntarios» que lo hacen porque quieren (¿hasta cuándo?). Los programas se han convertido en consultas protocolizadas, las actividades de planificación orientadas a la salud pública se abandonaron hace tiempo y la gestión está, en el mejor de los casos, en manos del director del centro.

Las relaciones con la comunidad a la que atendemos se desdibujan y nos vamos aislando socialmente: se abandonaron las ideas de participación comunitaria al mismo tiempo que los diagnósticos de salud, desaparecen progresivamente los trabajadores sociales de los centros, nos recluimos en actividades intramuros, nos funcionizamos. Los horarios de los centros hechos a medida de los profesionales dan cuenta de ello.

Para la Administración somos todos iguales, parece que un médico de familia puede hacer cualquier cosa en un centro de salud, salvo dejar de «ver a los pacientes». Recetar o «mandar» al especialista, esas siguen siendo sus prioridades. La valoración de la especialidad en las bolsas de trabajo, a los veinte años de su creación, es una prueba de ello.

Triunfar en medicina de familia es abandonar el puesto de trabajo y pasar a trabajar en la administración o en las unidades docentes, o saber mucho de algo y convertirse en miniespecialista.

Para la mayor parte de los especialistas nuestra misión fundamental es la de filtro en cada caso puntual. Somos una especialidad secundaria y si no filtramos bien, más vale que desapareciéramos.

Pero también hay cosas **positivas**. A pesar de todo, el modelo de centros de salud y de medicina familiar sigue teniendo un fuerte consenso social y político. La reforma se acaba este año y todos los sindicatos y partidos políticos andaluces la reivindican en sus manifestaciones públicas. El colectivo de médicos de familia sigue teniendo un fuerte compromiso con la sanidad pública (posiblemente es la especialidad con menos índice de práctica privada) y con la lucha contra las desigualdades en salud.

Tenemos ya quince años de experiencia y somos, en la realidad, los que aseguran la accesibilidad al sistema sanitario y la continuidad asistencial de muchos andaluces con patologías de larga duración o enfermedades crónicas. Es precisamente esto, los vínculos con nuestros pacientes construidos día a día (el capital de relación que decía Balint), lo que da sentido a nuestro

trabajo y la fuente de nuestras satisfacciones. Cuando se cierra la puerta de la consulta y te quedas a solas con tu paciente, todo lo demás pasa a un segundo plano.

Somos conscientes de que solucionamos la mayor parte de los problemas que nos consultan y que el proceso de aprendizaje que tenemos continuamente nos permite cada día ser más eficaces. No nos podemos aburrir porque ¡tenemos tanto que aprender!

Desde nuestra posición somos los únicos médicos que podemos abordar la patología psicosocial de una forma integral, la más frecuente con toda probabilidad en el futuro. Los únicos que podemos incorporar en nuestra práctica los cambios en la demanda producidos por el envejecimiento de la población y el aumento de las incapacidades y de enfermos pluripatológicos, la destrucción progresiva de las redes sociales de apoyo con la mayor incidencia de enfermedades mentales y toxicomanías, los problemas de violencia en el hogar, los que se derivan de la emigración.

Somos la opción menos costosa para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Y por último, y no menos importante, somos los únicos que podemos llevar a la práctica una política de lucha contra las desigualdades en salud desde los servicios sanitarios (la estrategia de riesgo que ya hemos ensayado). Y éste es un problema de nuevo candente por las cuestiones de la emigración y de la marginalidad social en nuestra sociedad de los tres tercios.

Es decir, frente a un perfil de servicios sanitarios basados en el tratamiento de lo agudo, de orientación biológica-curativa y de alto coste por el uso no controlado de la tecnología biomédica, todavía



podemos ofrecer una alternativa de continuidad de cuidados para los pacientes, de visión integral de las enfermedades de larga duración e incapacitantes, con una aproximación psicosocial y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### Algunas cuestiones sobre elementos básicos del perfil

#### 1. *La especialidad horizontal. El médico de las personas*

La tradición de la medicina de familia en España ha dibujado un perfil que recoge los aspectos positivos del clásico médico de cabecera aumentando sus capacidades para los enfoques comunitarios y psicosociales. Sin embargo, el mundo de la medicina moderna occidental es fragmentario y biologicista y las demandas que la mayoría de los pacientes con enfermedades serias colocan en primer plano a su médico de cabecera están orientadas a facilitarles el uso adecuado de la medicina especializada. Es la misión de filtro y ordenación de la circulación de los pacientes en el laberinto asistencial.

Solo cuando la fragmentación no resuelve el problema sino que lo complica, lo que es cada vez más frecuente en enfermos pluripatológicos, aparece una queja del paciente (que no demanda) que el sistema no resuelve.

En este contexto, el médico de familia tiene muy dificultada su labor de globalizar por las siguientes razones: 1) no tiene información precisa de las intervenciones de los especialistas; 2) no es considerado interlocutor válido de éstos ni por ellos mismos ni por los pacientes ni por el sistema de gestión, y 3) en la mayor parte de los casos el médico

de familia siente que no tiene la formación adecuada para ser el «supermédico» que discute las orientaciones de todos los especialistas.

Es decir, en muchos casos somos médicos de las personas hasta que éstas consultan a un especialista, incluida salud mental. Desde ese momento y hasta la resolución del problema, o para siempre si es una enfermedad crónica y el paciente no se aburre de que lo maltraten, somos facilitadores de lo importante y acompañantes en el proceso. Intervenimos cuando el sistema de especialistas es lento o falla o están de vacaciones.

#### 2. *Saber de todo. Hacer de todo*

El desarrollo profesional de cada médico de familia al finalizar la residencia está guiado por los gustos de cada uno, por lo que estudia, por lo que ve y por las patologías que «trata» con más frecuencia. El prestigio entre los médicos de familia sigue estando en «saber mucho de algo».

Independientemente de las desviaciones que observamos en los centros (dispensarización de servicios, desigualdad de la oferta de servicios a pacientes entre profesionales del mismo centro, sobrecarga de trabajo de los «especialoides»...) se plantea un problema real en el campo de la formación y la práctica con respecto a dónde acaba el médico de familia y empieza el especialista y sobre si la meta es ser miniespecialista de muchas cosas. Por otra parte, la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo y la frustración (expresada como «saber ¿para qué? si no tengo tiempo para ponerlo en práctica») son la resultante natural de este proceso de «desarrollo profesional».

#### 3. *El abordaje psicosocial*

El planteamiento de integralidad en la atención ha llevado a incluir en el currículum de los médicos de familia elementos de la psicología, la psicoterapia, la sociología y la intervención social, como ejes de su formación. Sin embargo, el camino no es fácil cuando se pasa a la acción.

La primera dificultad está relacionada con las actitudes del profesional que trabaja con el sufrimiento mental. Todos sabemos cuando un residente al que tienes que formar es «resistente» a estos temas, o de la existencia de días (o épocas) en los que «no estás pa ná». La capacidad de contención del sufrimiento ajeno es una característica que muchos desearían que no formara parte de su ejercicio profesional; es más, ni siquiera tienen la posibilidad de plantearse. Sin embargo, estos elementos son constitutivos de nuestro perfil profesional.

El segundo problema se deriva del contexto de masificación en el que «debemos hacer» abordajes psicosociales. Según la Memoria de la Consejería de Salud de 1999, los médicos generales y pediatras del Servicio Andaluz de Salud, en el caso de utilizar como técnica de diagnóstico y tratamiento solamente una entrevista de 15 minutos, tendrían que dedicar las 2/3 partes de su tiempo de consulta a los 14 pacientes diarios con morbilidad psiquiátrica y 1/3 a los 32 restantes.

Parece, pues, claro que el problema es complejo y que son necesarias actitudes favorables, capacitación e incluso aumento de los recursos humanos para resolver la atención a la demanda potencial. Pero en este caso también se pone en cuestión el modelo de servicios y su vinculación con otros recursos



profesionales y no profesionales de contención del sufrimiento mental.

Los centros de salud no pueden enfrentar este problema solos (ni éste ni ningún otro). No nos vale el actual modelo de relación con la atención especializada basado en la derivación. Es necesario algo nuevo.

#### 4. La medicina integral

Otra de las constantes en nuestra historia es la vocación del médico de familia de integrar las distintas capacidades necesarias para tener una visión completa del paciente, de modo que le permita una relación de ayuda eficaz. La trascendencia de este tema a la hora de definir el perfil profesional merece un cuidadoso análisis.

Ser especialista de alguna materia significa tener un campo definido de trabajo, estudio e investigación. Ser especialista de personas (¿por qué seguimos usando el término especialista si no lo somos?) significa que nuestro campo está abierto toda la vida profesional, son los pacientes los que determinan qué debemos saber. Significa aceptar el reto cotidiano de «no saber lo suficiente», de que siempre hay alguien que sabe más. Significa destruir el mito de la omnipotencia médica, colocarse con humildad en segundo plano, ya que el primer plano es el paciente y no otro especialista. Significa tener la capacidad para estar aprendiendo siempre: patologías que vemos y no sabemos de ellas, nuevos escenarios de trabajo, nuevas técnicas, nuevas formas de organizarse. Exige, en suma, aceptar que siempre seremos profesionalmente incompletos. Perfil profesional en búsqueda permanente.

En la práctica esto es muy difícil de aguantar. Nos sentimos humillados porque con frecuencia

hay que agachar las orejas ante otros que teóricamente (o prácticamente) saben más de algo. Hay que estar estudiando siempre, sabiendo que nunca sabremos lo suficiente. Necesitamos de los compañeros del equipo para que nos cuenten lo que saben y cómo les va (¿cómo encajamos la evidencia aquí?). Permanentemente se nos olvidan muchos temas porque el número de pacientes que tenemos con ese problema es pequeño. Tenemos dificultades con los límites, aprendemos cosas que nos parecen importantes pero no tenemos tiempo de hacerlas y nos quejamos.

Especialmente este último punto nos genera mucha confusión porque tenemos dificultad para organizar bien nuestro trabajo y priorizar. La falta de tiempo y las condiciones de trabajo impuestas por la Administración (número de pacientes, recursos diagnósticos a nuestro alcance...) son aspectos que también influyen. Por otra parte, qué fácil quejarse siempre de los que mandan (¡qué menos que 10 minutos!).

También nos hacemos mayores, el impulso de la juventud se extingue por razones biológicas ¿quién se imagina con la brega de una consulta masificada haciendo de todo a los 65? Y, por otra parte, las perspectivas de desarrollo profesional contempladas por la Administración son inexistentes (aprovechar de forma distinta las capacidades de los «maduros»).

#### Las preguntas

¿Es posible ser un médico global en un mundo de especialistas? ¿A quién le importa? ¿Somos el eje de la atención y en consecuencia el paciente es cedido a otros niveles técnicos pero revierte de nuevo para

su seguimiento y evaluación? ¿Somos la puerta de entrada del sistema, el filtro de la atención hospitalaria, un mero mecanismo de reparto de pacientes?

¿Dónde están los límites de nuestro aprender y de nuestro hacer? ¿Quién los marca? ¿Nuevos servicios, cuáles, hasta cuándo? ¿Cuál es el mínimo exigible a un médico de familia?

¿Cuáles son las vías de desarrollo profesional en la medicina de familia que no impliquen dejar de ser médico de familia? ¿Hay un perfil de médico de familia o varios?

¿Cómo se enseña, cómo se aprende la aproximación psicosocial? ¿Es posible otra forma de relación con los especialistas? ¿Cuáles son los caminos?

¿Cómo se puede aguantar dignamente ser médico de familia sin morir en el intento? ¿De dónde sacar el tiempo cuando no lo hay para ser médico de familia de tus pacientes?

#### Algunas respuestas

Después de veinte años de ser médico de familia estoy confuso. ¿Quién soy? ¿Para qué valgo? ¿Qué quieren de mí? ¿Qué quiero yo? Parezco un adolescente en plena crisis vital. Hay diferencias: me duelen los huesos al levantarme (por no hablar de la barriga que me crece) y sé que esto es sólo una parte de mi vida. Pero estoy confuso.

Quisiera quitar del discurso posiciones victimistas o de resignación, aunque escribo esto desde lo personal (conviene estar advertido).

Lo que sigue no debe entenderse como que los médicos de familia carecemos del prestigio profesional y social necesario para nuestro desempeño profesional, porque eso



en realidad no es lo importante, lo importante es la relación con los pacientes. Pero la relación con nuestros pacientes también necesita del prestigio del médico de familia, por ellos y por nosotros. Solamente quiero señalar algunas metas de desarrollo y el reconocimiento de realidades para no quedarnos tumbados en el camino o perder el norte.

Para aclararme yo, uso un modelo que puede ser útil:

- *Lo que es ser médico de familia, nos guste o no.* Creo que no podemos renunciar a nuestra esencia que está constituida por la horizontalidad, la diacronía, el ser médicos integrales de nuestros pacientes-personas. Y eso, que es muy bonito, tiene el sapo de que nunca vamos a ser los primeros en esta profesión (la medicina en este mundo occidental). Seremos buenos actores secundarios y acompañaremos en el proceso, pero la fuente del prestigio no está en los conocimientos de relumbrón sino en la función. Somos médicos incompletos y tenemos que hacer el duelo de la omnipotencia que nos inculcaron en la Facultad.
- *Hacia dónde nos debemos desarrollar como profesión para adaptarnos a los tiempos modernos.* Lo que nos orienta no es un exceso, sino una falta. Falta, cada vez más, el médico que considere a la persona en su contexto y que la aborde sin olvidar los aspectos no estrictamente biológicos de su problema, ni su historia (pasada y futura). Es, por tanto, que debemos desarrollarnos, fundamentalmente, en lo psicosocial y en la prevención y promoción de la salud (trabajar

con lo invisible). Y como consecuencia (aprender siempre, innovar siempre) tenemos que incluir decididamente entre nuestras habilidades la gestión del tiempo, la organización adecuada de los recursos personales e institucionales: hay mucho trabajo y hay que saber escoger.

- *Qué es lo que deberíamos intentar cambiar de nuestro entorno para poder seguir siendo médicos de familia.* Con respecto a esto tengo clara una posición irrenunciable: somos la puerta de entrada del sistema, pero una puerta inteligente. Reniego de la función de «filtro», porque ser filtro implica la pasividad de los pacientes y hacer de guardia de la porra en sus aspectos represores de su circulación por el sistema. No sé si eso es lo que quiere la Administración, nosotros creo que no debemos hacerlo.

Más bien me entiendo como facilitador del uso de los recursos y entiendo que en un porcentaje importante mi trabajo será saber transferir y recibir pacientes correctamente, asegurando la continuidad asistencial y evitando los vacíos y saltos donde el paciente queda inerte y sin saber a quién recurrir. Para hacerlo necesito que las otras partes del sistema reconozcan mi función y me den la información y consideración necesaria para cumplirla. Tengo claro que, siendo importante, en esta película soy actor secundario y que lo importante para un paciente que se rompe la cadera es que la prótesis se ponga en el momento y de forma adecuada (yo no se la pongo).

Pero también tengo claro que soy el centro del sistema en un campo que es específico de mi especialidad: el abordaje psicosocial,

la prevención y la promoción de la salud. La Administración pública tiene que aclararse y saber qué es lo que quiere de nosotros y ese será su primer paso (con coherencia racional: adecuar fines y medios), el segundo, abrir un espacio de reflexión conjunta para poder tomar decisiones entre todos.

Dos palabras para el resto de los compañeros médicos del sistema. Me vale el ejemplo de la relación con los especialistas más próximos a nosotros: los de salud mental. Está claro que el abordaje de lo «psico» en el sistema sanitario público sólo se puede hacer desde un modelo de cooperación. En un modelo de cooperación están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos, pero además de ello hay un espacio de trabajo común cuyo resultado para primaria es el aumento de la capacidad real de contención no medicalizadora y para la especializada la despsiquiatrización y despsicologización del sufrimiento mental en un enfoque biopsicosocial. Sólo en este contexto de trabajo cobran plenas posibilidades los aspectos psicosociales del perfil del médico de familia.

¿Valdría un enfoque similar para otras especialidades: un espacio para trabajar juntos?

Estas reflexiones sobre nuestro perfil profesional finalizan con una consideración. Esta batalla se juega en el terreno de los valores (la política en el mejor sentido de la palabra) y para eso hay dos cuestiones fundamentales, la organización (nuestra Sociedad Profesional que no decaiga) y una decidida apuesta por estar en los medios de comunicación y opinar de todo sin complejos.



## Criterios de valoración de actividades comunitarias

Comité Permanente del PACAP

**E**l Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) asume entre sus tareas la de avanzar en el marco teórico y conceptual de las actividades de orientación comunitaria que se llevan a cabo desde los centros de salud. El Comité Permanente del PACAP ha considerado adecuado iniciar este análisis definiendo las características fundamentales que deben reunir las actividades comunitarias (AC en adelante) para ser consideradas como tales.

Por otra parte, con las sucesivas entregas de los premios semFYC para proyectos de actividades comunitarias, se puso de manifiesto en el seno del Comité la necesidad de establecer unos criterios que enmarcasen las deliberaciones del jurado que, con una periodicidad anual, otorga dichos premios.

Además, se consideró que este trabajo de tipo teórico podría tener en un futuro cercano otras utilidades prácticas, al mismo tiempo que contribuiría a consensuar dentro del Comité las diferentes formas de entender «lo comunitario». El documento resultante podría servir de guía y orientación a aquellos profesionales que vayan a iniciar o estén desarrollando actividades comunitarias.

Así, se ha elaborado un primer documento, que no se considera definitivo ni cerrado, acerca de los *criterios para valorar las actividades comunitarias* que ha sido debatido y consensuado en reuniones de trabajo del Comité Permanente del PACAP. Estos criterios tendrán, entre otras, las siguientes aplicaciones: valoración de proyectos por el Jurado de los Premios semFYC, admisión y valoración de AC para la Red de Actividades Comunitarias y selección de actividades para mostrar experiencias particularmente interesantes en Mesas y Encuentros.

Partiendo de la definición de actividad comunitaria como «...*toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza 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 grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades*», se han considerado 14 criterios y se han clasificado en cuanto a sus características, en *conceptuales, metodológicos y estratégicos*.

Hay que señalar que no se considera que todos los criterios tengan una importancia equivalente. Así, algunos de ellos se han considerado como básicos y los restantes como convenientes. Para que una AC sea considerada como tal debe cumplir en una cierta

### CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

#### *Criterios conceptuales*

1. Participación de otros recursos de la comunidad en el proceso.
2. Concepción integral de la salud (bio-psico-social).
3. Potenciación de la autonomía y la capacitación personal y grupal.

#### *Criterios metodológicos*

4. Explicitación documental y definición de objetivos.
5. Abordaje de los problemas de salud y prioridades de la comunidad.
6. Uso de metodologías que favorecen el proceso grupal.
7. Realización de evaluación de proceso e inclusión de la comunidad en la misma.
8. Continuidad en el tiempo.
9. Grado de implicación de los profesionales del equipo de salud.

#### *Criterios estratégicos*

10. Intersectorialidad.
11. Implicación del ámbito institucional.
12. Dinamización de nuevo tejido social.
13. Creación de órganos permanentes de coordinación.
14. Innovación.



medida la mayoría de los *criterios básicos* o debe disponer de mecanismos para evolucionar en esa dirección. Los *criterios convenientes*, siempre que se cumplan los anteriores, harán mejorar la valoración de la actividad hasta los niveles óptimos o de excelencia.

Es necesario aclarar que el orden de numeración de los criterios no significa prioridad, salvo en lo referente a su consideración como básicos o convenientes. Asimismo, es importante señalar que el listado que se presenta a continuación no constituye una escala cuantitativa de valoración, ya que no se plantea dar un valor predeterminado a cada criterio ni realizar una valoración cuantitativa de su cumplimiento. Más bien se pretende que estos criterios, que nacen del consenso dentro del propio PACAP y del establecimiento de un lenguaje común sobre las características fundamentales que deben reunir las prácticas comunitarias de calidad, sirvan como una guía para la valoración global de los proyectos.

### CRITERIOS CONCEPTUALES

Por sus mismas características los criterios conceptuales no pueden considerarse sin más como «cumplidos o no cumplidos», sino que marcan una orientación que entendemos es inherente a la «buena práctica» comunitaria. Todos los criterios conceptuales están considerados como *básicos* y, aunque no será obligado que se cumplan todos ellos, una AC debe «ir en la línea» de la mayoría de ellos para ser valorada en sentido positivo.

- 1. Participación de otros recursos de la comunidad en el proceso.** Debe haber algún grado de implicación de la comunidad en la identificación y priorización de problemas, en el desarrollo de la actividad y en la evaluación de la misma. Se parte de la base de que la realización de AC requiere la implicación de otros recursos comunitarios, tales como profesionales de otros servicios, representantes del tejido asociativo y ciudadanos. Ello implica que no es suficiente con intervenciones que se planifican y ejecutan exclusivamente por los profesionales y que el término participación no se refiere a la mera recepción de prestaciones.
- 2. Concepción integral de la salud (bio-psico-social).** El abordaje de un problema o necesidad de salud habrá de tener en cuenta sus determinantes psicosociales, tanto en el análisis de la necesidad como en el planteamiento de la intervención.
- 3. Potenciación de la autonomía personal y grupal.** Las actividades comunitarias deben dirigirse a potenciar la autonomía y la capacitación personal y grupal con el fin de que se produzca un incremento progresivo de poder y protagonismo de los ciudadanos y la comunidad en lo referente a su salud.

### CRITERIOS METODOLÓGICOS

De los criterios metodológicos, los dos primeros (4 y 5) son considerados básicos y todos los restantes convenientes.

- 4. Explicitación documental y definición de objetivos.** Se considera que las AC deben tener definidos sus objetivos y estar explicitados en un documento escrito. Este criterio está implícito en las Bases de los Premios, puesto que siempre se presentan por escrito, e igualmente al cumplimentar el cuestionario de inscripción a la RAC. Por este motivo este criterio no forma parte de la ficha de valoración de proyectos que se utiliza en el jurado de los premios PACAP.
- 5. Abordaje de los problemas de salud y prioridades de la comunidad.** Las AC se realizarán para actuar sobre problemas de salud y/o en respuesta a demandas surgidas de la comunidad; debe justificarse la necesidad de la actividad emprendida y explicitarse el proceso que se ha seguido para valorar las prioridades. Se considerará aceptable que en los comienzos de una AC, según circunstancias locales concretas, pueda no cumplirse este criterio, pero debe poder evolucionar en este sentido a medida que se consolida y desarrolla, puesto que la pertinencia de las actividades comunitarias debe quedar bien establecida.
- 6. En el trabajo con grupos se debe potenciar el uso de metodologías que favorezcan el proceso grupal.** Las metodologías grupales empleadas se deben orientar a la reflexión, análisis, búsqueda de respuestas y alternativas que faciliten los procesos de cambio. Los procesos grupales de aprendizaje tienen



unas características que los profesionales que los implementan deben conocer.

7. **La evaluación incluye a la comunidad y se realiza evaluación del proceso.** Se deriva del criterio número 1. Se refiere a que no se considera buena práctica comunitaria que la evaluación de la AC se realice sólo desde la visión de los profesionales, sino que se recoja la de los participantes. Se relaciona también con la evaluación del proceso y con la idoneidad de las metodologías cualitativas para recoger esta evaluación, sin que esto signifique en absoluto que se ignoren los resultados y la efectividad, sino más bien que se haga desde la doble perspectiva de la comunidad y los profesionales.
8. **Continuidad en el tiempo.** Se prefiere la continuidad de una AC mientras persistan las necesidades que dieron lugar a su puesta en marcha, aunque muchas son las circunstancias que dificultan la continuidad de las AC, muchas de ellas no imputables a los profesionales y los ciudadanos que las han hecho posibles.
9. **Grado de implicación de los profesionales del equipo.** La mayor participación (directa o indirecta) de profesionales del equipo de Atención Primaria para la realización de actividades comunitarias es una condición favorable para que se desarrollen con éxito, tengan continuidad y sean consideradas como una actividad más del centro de salud.

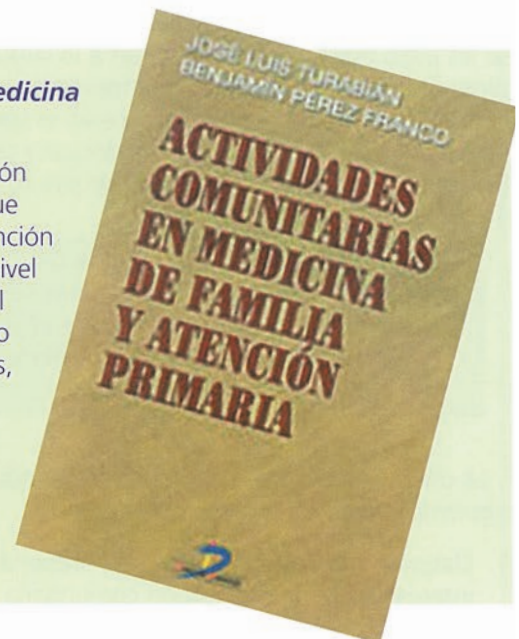
#### CRITERIOS ESTRATÉGICOS

Todos los criterios de este apartado se consideran convenientes. Muchos de ellos dependerán de las características del proyecto y de las circunstancias locales.

10. **Intersectorialidad.** Se refiere a la conveniencia de la implicación de otros sectores y/o instituciones tales como servicios sociales, ayuntamientos, grupos de atención a poblaciones específicas, sector educativo, organizaciones no gubernamentales, etc.
11. **Implicación del ámbito institucional.** Es conveniente para el desarrollo y continuidad de las AC que se impliquen las instituciones (Gerencias y Direcciones, Ayuntamientos...) en su desarrollo, haciéndolas también suyas.
12. **Dinamización de tejido social.** Como resultado de la AC, se produce la creación de grupos y asociaciones o bien se potencian grupos ya existentes y la coordinación entre ellos.
13. **Creación de órganos permanentes de coordinación.** Para consolidar la participación en las actividades del tejido asociativo así como la coordinación intersectorial, conviene la creación de órganos o comisiones estables de coordinación.
14. **Innovación.** Referida tanto a las áreas de actuación como a metodologías, etc. Este criterio se considera pertinente en la valoración de proyectos para la concesión de los premios PACAP.

**Turabián, J. L., y Pérez Franco, B. *Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria*. Ed. Díaz de Santos, 2001.**

Con este libro se pretende ampliar el enfoque tradicional de la atención comunitaria (que según sus autores parece reservada a profesionales que trabajan con grupos o instituciones) para acercarla a la consulta de atención primaria. Va dirigido a todos los profesionales socio-sanitarios de este nivel asistencial y profundiza en el enfoque denominado «atención individual contextualizada», entendiendo como contexto todo aquello significativo que «rodea» al cuerpo: conocimientos, creencias, emociones, recuerdos, vivienda, leyes, vecinos, trabajo, familia, medioambiente, relaciones sociales, etc. Se analizan las bases conceptuales de esta atención comunitaria o «contextualizada», tanto desde su nivel «micro» —la consulta y la comunidad relacional— como desde el nivel «macro» —los grupos e instituciones y la comunidad geográfica—.







## Los Encuentros del PACAP

### Un «espacio para lo comunitario» que se consolida

Con el lema «*Cómo iniciar actividades comunitarias desde un centro de salud*», la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) celebró el pasado 31 de marzo de 2001 el **III Encuentro** del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).

La realización de estos Encuentros que, con una periodicidad anual se vienen organizando durante tres años consecutivos, responde al objetivo de ofrecer un espacio común de encuentro y reflexión a los profesionales de la salud implicados en el desarrollo de la orientación comunitaria.

*Con un total de 117 participantes y 21 comunicaciones presentadas en panel, el III Encuentro PACAP ha contado con la participación más alta de los celebrados hasta ahora.*

Esta 3.ª edición ha contado con la asistencia de un total de 117 participantes y ha tenido una duración de un día, con sesiones de trabajo de mañana y tarde. Asimismo, y al igual que en las pasadas ediciones, los participantes que así lo desearan disponían de un espacio habilitado para presentar en forma de paneles las actividades comunitarias desarrolladas en sus centros de salud. El número de paneles presentado este año ha sido de 21.

A todos los asistentes se les hizo entrega de un cuestionario junto a la documentación de las Jornadas y se les pidió que lo cumplimentaran a lo largo del día e hicieran entrega del mismo. La información recogida contribuirá a que la semFYC avance en el conocimiento de las prácticas comunitarias y a adecuar y orientar el Programa a las necesidades reales de sus «usuarios».

*Por primera vez desde que se vienen realizando estos encuentros se ha recogido información sobre el perfil de los participantes y su experiencia comunitaria.*

La utilización de este instrumento responde a los siguientes *objetivos* específicos:

1. Elaborar una base de datos de profesionales interesados en la orientación comunitaria.
  2. Obtener un perfil de los asistentes a los Encuentros PACAP.
  3. Conocer la experiencia de los participantes en la realización de actividades comunitarias.
  4. Detectar el nivel de vinculación de los asistentes con el PACAP.
  5. Obtener una valoración de los participantes sobre el Encuentro.
- En el cuestionario se recoge información sobre las siguientes *variables*: género, profesión, lugar de trabajo, Comunidad Autónoma de procedencia, experiencia en realización de actividades comunitarias, adscripción a la Red de Actividades Comunitarias (RAC, en adelante), asistencia a Encuentros PACAP. Además, se incluye una pregunta abierta en la que se pide una valoración sobre el Encuentro y sobre el propio Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.
- Resultados*: El cuestionario se le suministró a un total de 108 personas, todas ellas participantes en el Encuentro. La tasa de respuesta al mismo ha sido del 65%. A continuación se ofrecen los resultados que se han agrupado de la siguiente forma:
1. Perfil de los asistentes.
  2. Experiencia de los participantes en trabajo comunitario y nivel de vinculación con el PACAP.
  3. Valoración del III Encuentro PACAP. Sugerencias de los participantes.

#### PERFIL DE LOS ASISTENTES AL III ENCUESTRO PACAP

En el cuestionario se pedía información a propósito de cuatro variables: género, profesión, lugar de trabajo y Comunidad Autónoma de procedencia.

En el que respecta al *género*, tal y como se puede observar en el gráfico 1, del total de personas que respondieron el cuestionario (71) el 80% son mujeres. Esta distribución parece corresponderse con el tópico de que el género femenino está más interesado en la orientación comunitaria. Otras actividades del PACAP también vienen a corroborar «este tópico»; así, la RAC presenta una distribución similar y un poco más del 80% de las personas de contacto de las actividades adscritas a la misma son mujeres.



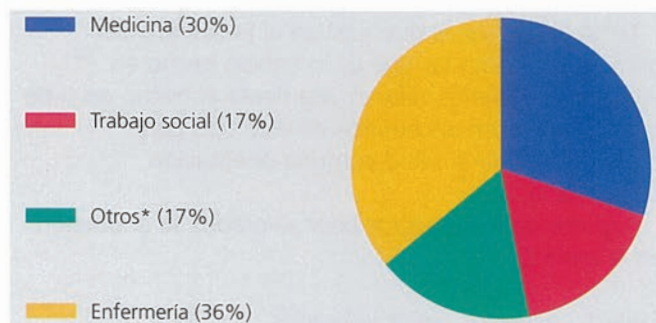
Gráfico 1. Distribución de participantes según género



*El perfil-tipo de asistente a los Encuentros PACAP corresponde a una mujer, que trabaja en un centro de salud y con más probabilidades de ser enfermera que médica.*

En lo referente a la *profesión*, un 36% de los participantes son profesionales de enfermería, el 30% de medicina y un 17% de trabajo social. Bajo el epígrafe «otros» hay que destacar la presencia de un 8,4% de estudiantes tanto de enfermería como de medicina (ver gráfico 2). Esta información es de la mayor importancia para la semFYC, ya que viene a confirmar que la estrategia de incorporación de los colectivos de enfermería y trabajo social al proceso de diseño y desarrollo del PACAP era la adecuada (el Comité Permanente del PACAP, órgano que coordina y gestiona el Programa, está formado por médicos/as de familia, dos enfermeras, una trabajadora social y una psicóloga). Por otra parte, proporciona un elemento para la reflexión sobre el grado de incorporación del trabajo comunitario al perfil profesional de los profesionales de la medicina de familia.

Gráfico 2. Profesión de los participantes

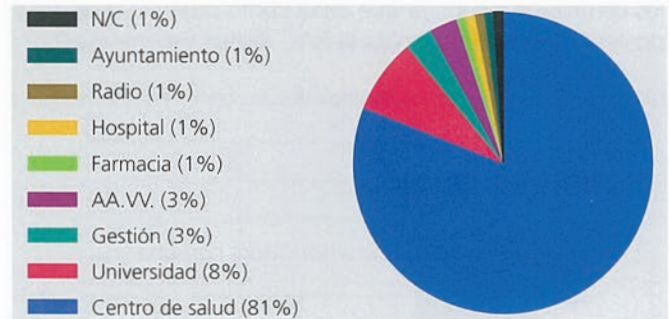


Otros: estudiantes de enfermería (4), residentes de MFyC (2), psicólogos (2), amas de casa (2), farmacéutica (1), N/C (1).

En lo que se refiere al *lugar de trabajo* de los participantes, tal y como se puede observar en el gráfico 3, el 81% de los mismos desarrolla su trabajo

desde un centro de salud, mientras que el restante 19% está constituido por profesionales de otros ámbitos.

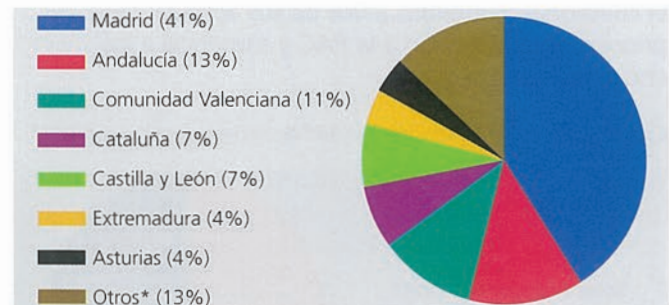
Gráfico 3. Distribución de participantes según lugar de trabajo



A este respecto convendría reseñar que uno de los aspectos señalados por los asistentes es el de que se estimule la participación de colectivos de la comunidad en los encuentros, ya que como podemos observar el 97% de los participantes proceden de ámbitos profesionales sanitarios o no sanitarios y sólo el 3% restante de asociaciones, en este caso vecinales.

En lo referente a la *Comunidad Autónoma* de procedencia vemos (gráfico 4) que un 41% son de Madrid, seguido de Andalucía con un 16% y de la Comunidad Valenciana con un 11%. Esta desigual representación es lógica dado que el Encuentro se realizó como todos los años en la ciudad de Madrid.

Gráfico 4. Lugar de procedencia de los participantes



\* Latinoamérica (3), Castilla-La Mancha (2), Murcia (1), Baleares (1), Galicia (1), Aragón (1).

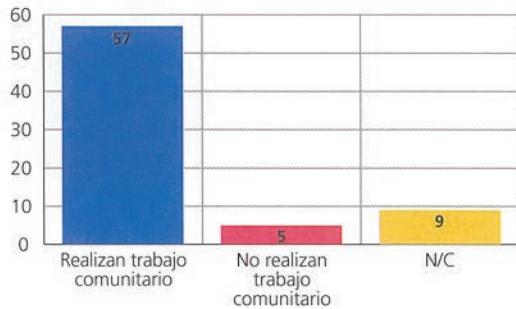
### EXPERIENCIA EN TRABAJO COMUNITARIO Y NIVEL DE VINCULACIÓN CON EL PACAP DE LOS ASISTENTES

El 80% de los asistentes a este III Encuentro tiene experiencia en la realización de actividades comunitarias (ver gráfico 5). Este porcentaje se eleva al 92% considerando a los 9 asistentes que se han consignado



como No Contestan (N/C), dado que todas estas personas llevan a cabo actividades comunitarias desde otros ámbitos, como ayuntamientos (esta pregunta del cuestionario estaba formulada en términos de trabajo realizado desde los centros de salud, ya que tenía como objetivo detectar y posteriormente captar para la RAC dichas experiencias).

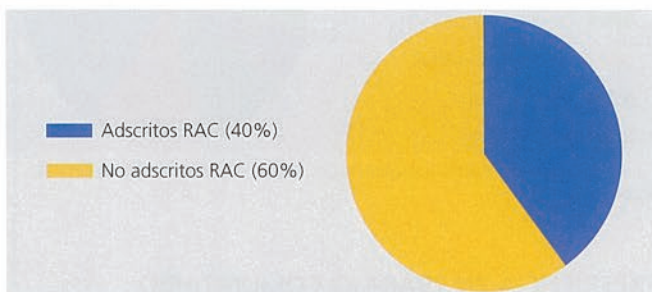
Gráfico 5. Experiencia de los participantes en actividades comunitarias



La experiencia en el desarrollo de trabajo comunitario de los participantes, así como la heterogeneidad, quedó reflejada en la calidad y alta participación de los asistentes tanto en los debates como en los talleres, así como en los comentarios realizados en respuesta a la pregunta abierta contenida en el cuestionario («ha sido enriquecedor dada la variedad de experiencias», «es motivante, informativo y prueba cómo estamos caminando todos...»).

Con el fin de detectar el nivel de vinculación de los asistentes con el PACAP se incluyeron dos preguntas en el cuestionario referidas a dos de sus actividades principales: adscripción a la RAC y asistencia a los encuentros anuales.

Gráfico 6. Nivel de adscripción a la Red de Actividades Comunitarias\*



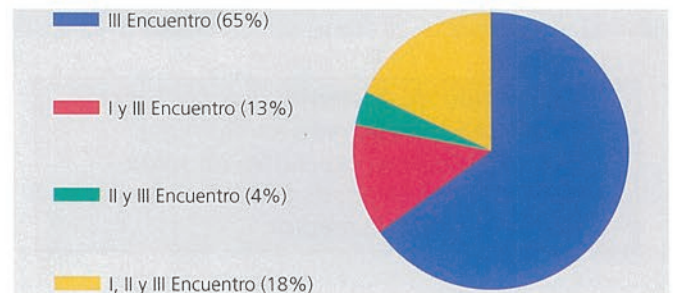
\* Referido al 80% que lleva a cabo actividades comunitarias desde los centros de salud.

Como se puede observar en el gráfico 6, menos de la mitad de los profesionales que llevan a cabo actividades comunitarias desde un centro de salud las tienen adscritas al PACAP. No se ha indagado hasta el momento en los motivos para la no-adscripción, pero obviamente el conocimiento y

análisis de los mismos deberán orientar en un futuro la estrategia de captación de actividades para la RAC.

En lo que respecta a la asistencia a los Encuentros anuales del programa (gráfico 7), un 35% de los participantes ya habían asistido con anterioridad a uno o más Encuentros del PACAP, mientras que el 65% restante era la primera vez que lo hacían. Cabe destacar que casi un 20% son «fieles» a la cita anual con el PACAP.

Gráfico 7. Asistentes a Encuentros PACAP



### VALORACIÓN DE LOS III ENCUENTROS PACAP. SUGERENCIAS DE LOS PARTICIPANTES

En la última pregunta abierta del cuestionario se les pedía a los participantes que emitieran comentarios y sugerencias con respecto tanto a los Encuentros del PACAP como al propio Programa.

Como podemos apreciar en la tabla 1, entre los aspectos más valorados por los asistentes a este III Encuentro, destacan los relacionados con la variedad de profesionales (con sus diferentes prácticas y perspectivas) y con la riqueza que supone el intercambio de experiencias comunitarias. No olvidemos que 9 de cada 10 asistentes a este Encuentro tienen experiencia práctica en el desarrollo de actividades comunitarias.

Tanto las personas que asistían al Encuentro por primera vez como las que ya lo habían hecho en ediciones anteriores valoran altamente el hecho en sí de que se organicen encuentros de este tipo para profesionales de la salud con una orientación comunitaria.

Algunos de los aspectos peor valorados se enumeran en la tabla 2.

Tabla 1. Aspectos mejor valorados

- La variedad de profesionales procedentes de centros de salud de toda la geografía española.
- El alto nivel participativo de los asistentes en los debates.
- El hecho de poder compartir experiencias y metodologías.



Tabla 2. Aspectos peor valorados del III Encuentro PACAP

- La escasez de contenido en el programa de trabajo de tarde.
- La ausencia de enfermería en la Mesa.
- La escasez de participantes.
- El sistema de megafonía.

En lo que respecta a las *sugerencias de cara a futuros Encuentros* realizadas por los asistentes a este tercero, destacan las siguientes: 1) estimular la presencia de ciudadanos y colectivos ciudadanos en los Encuentros del PACAP, tanto en calidad de asistentes como de relatores de las experiencias comunitarias en las que estén participando; 2) aumentar la duración del Encuentro y celebrarlo en días laborables; 3) mayor presencia de enfermería entre los ponentes.

Otras sugerencias realizadas hacen referencia a cuestiones de tipo organizativo y metodológico. Una muestra de ellas se ofrece a continuación: 1) dar un mayor espacio a las comunicaciones presentadas en panel; 2) organizar los grupos de trabajo con algún criterio (en esta ocasión la selección se realizó de forma aleatoria); 3) aportar a los asistentes copia de las conclusiones de los grupos antes de que termine la jornada; 4) realizar, en el marco del Encuentro, talleres sobre metodología, dinámica de grupos e implicación de la comunidad; 5) exponer más experiencias tipo ponencias; 6) cuidar los aspectos de megafonía; 7) organizar los encuentros en centros comunitarios y sociales y 8) hacer una difusión más amplia.

Por último, son múltiples los comentarios de los participantes que estimulan a la realización de este tipo de encuentros entre los interesados en la orientación comunitaria en salud.

Para terminar con este apartado de opiniones de los participantes, haremos referencia a los *comentarios y sugerencias emitidas con respecto al PACAP*. Entre ellas se incluyen sugerencias de tipo institucional, como que el Programa tenga una mayor presencia y fuerza en la propia semFYC y que ésta realice presión ante las administraciones sanitarias para que se desarrolle la orientación comunitaria en los servicios de salud.

Se reclama, asimismo, la participación de otras sociedades científicas y de otros sectores profesionales en el Programa, fundamentalmente de trabajo social y de enfermería. Por último, se sugiere desarrollar áreas como la formación y la metodología y cuidar especialmente los aspectos relacionados con la difusión del PACAP en medios profesionales y comunitarios.

## CONCLUSIONES

El *perfil de los participantes* en el III Encuentro PACAP en lo referente a las variables estudiadas es el siguiente: 1) género: el 80% de los participantes son mujeres; 2) profesión: un 36% son profesionales de enfermería, el 30% de medicina y un 17% de trabajo social; 3) lugar de trabajo: un 81% desarrolla su trabajo desde un centro de salud, mientras que el restante 19% está constituido por profesionales de otros ámbitos, y 4) en lo referente a la Comunidad Autónoma de procedencia un 41% de los asistentes son de Madrid, seguido de Andalucía con un 16% y de la Comunidad Valenciana con un 11%.

Hay que destacar que el 92% de los asistentes a estos III Encuentros tiene *experiencia* en la realización de *actividades comunitarias*.

En lo referente a la *vinculación con el PACAP*, menos de la mitad de los profesionales que llevan a cabo actividades comunitarias desde un centro de salud las tienen adscritas al PACAP. Con respecto a la asistencia a los Encuentros anuales del programa, un 35% de los respondientes ya habían asistido con anterioridad a uno o más Encuentros del PACAP, mientras que el 65% restante era la primera vez que lo hacían.

Los *aspectos mejor valorados* del III Encuentro PACAP son la variedad de profesionales, de tipos de centros de salud, lugares geográficos y experiencias, el alto nivel participativo y el hecho de poder compartir experiencias y metodologías.

Los *aspectos peor valorados* del III Encuentro PACAP son la escasez de contenido en el programa de trabajo de tarde, la ausencia de enfermería en la Mesa, la escasez de participantes y el sistema de megafonía.

Algunas de las *sugerencias* con respecto a la organización de futuros *Encuentros* son las siguientes: estimular la presencia de ciudadanos en los mismos, aumentar su duración y celebrarlo en días laborables y que haya una mayor presencia de enfermería entre los ponentes. Otras sugerencias hacen referencia a aspectos de tipo organizativo y metodológico.

Los *comentarios* emitidos por los participantes con respecto al PACAP incluyen sugerencias de tipo institucional, así como que se estimule la participación de otras sociedades científicas y de otros sectores profesionales en el Programa. En lo referente al desarrollo del PACAP se señalan aspectos como la formación, la metodología y la difusión del mismo.