

ORIGINALES

Una marcha saludable en la comunidad

M^a Isabel Fernández Esteban. Centro de Salud Integrado de Novelda. Departamento de Salud de Elda. Alicante.

Alexandra Terol Esteve. Centro de Salud Integrado de Novelda. Departamento de Salud de Elda. Alicante.

Francisco Javier Martínez Cabrera. Centro de Salud Integrado de Novelda. Departamento de Salud de Elda. Alicante.

Christian Barberá Butrón. Centro de Salud Integrado de Novelda. Departamento de Salud de Elda. Alicante.

Alexandra Almela Martínez. Centro de Salud Integrado de Novelda. Departamento de Salud de Elda. Alicante.

M^a del Camino García de la Infanta Ruiz. Centro de Salud Integrado de Novelda. Departamento de Salud de Elda. Alicante.

Para contactar:

M^a Isabel Fernández Esteban: judithurtubia@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. Frenar el avance de las enfermedades crónicas y el sentimiento de soledad en la población, se manifiesta como una necesidad social para profesionales de Atención Primaria (AP).

Objetivos. El objetivo general fue implementar una actividad física en la comunidad integrando activos comunitarios, ciudadanos y pacientes. Siendo los objetivos específicos empoderar al enfermo crónico en el control de sus enfermedades, al ciudadano en el proceso propio de envejecimiento y sosegar el sentimiento de soledad en la población. Instruir al personal sanitario en actividades comunitarias.

Métodos. Intervención comunitaria de educación entre iguales denominada Marcha Saludable Centro Sanitario Integrado Novelda, con formación a sanitarios, abordaje sociosanitario e integración de activos comunitarios, acometiendo varias áreas de intervención: programa de formación, inclusión de activos, implicación multisectorial y capacitación de líderes.

Resultados. Se captaron 364 personas siendo el 19,6 % activos comunitarios y ciudadanos sin enfermedad crónica. Se realizaron 194 caminatas saludables, a las que acudió una media de 230 personas con enfermedades crónicas, activos comunitarios, asociaciones de pacientes y colegios del municipio. La población participante en un 65 % fue captada desde el centro de salud, el 24 % a través de medios de comunicación y el 11 % por agrupaciones y asociaciones municipales.

Conclusión. Si bien la mayoría de las acciones sanitarias se realizan en los propios centros de salud, en esta ocasión se afronta la cronicidad, el envejecimiento y la soledad con una intervención comunitaria al aire libre, generando un enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedad dinámico y social, con integración y aprovechamiento de los activos comunitarios, aumentando la satisfacción de los participantes y empoderando a la comunidad para su continuidad en el tiempo.

Palabras clave: promoción de la salud, enfermedad crónica, participación comunitaria, soledad, caminata.

A HEALTHY WALK IN THE COMMUNITY

Abstract

Introduction: stopping the advance of chronic diseases and the feeling of loneliness in the population, was manifested as a social necessity for Primary Health Care professionals.

Objectives: the general objective was to implement a physical activity in the community that integrates community assets, citizens and patients. As the specific objectives were to empower the chronic patient in monitoring their disease, empower the citizen in the aging process itself and to calm the feeling of loneliness in the population; and to instruct healthcare personnel in community activities.

Methods: community peer education intervention called Healthy Walking Integrated Health Centre Novelda, with training in health, social healthcare approach and integration of community assets, tackling several areas of intervention: training programme, asset inclusion, multisectoral involvement and training leaders.

Results: a total of 364 people were recruited with 19.6% community assets and citizens without chronic disease. There were 194 healthy walks attended by an average of 230 people with chronic diseases, community assets, patient associations and schools in the municipality. The population participating in 65% of walks was recruited from the Health Centre, 24% through the media and 11% by municipal groups and associations.

Conclusion: although most health actions are carried out in health centres themselves, on this occasion chronicity, ageing and loneliness are

faced with an open air community intervention. This generates a focus on health promotion and prevention of dynamic and social illness with the integration and use of community assets, thereby increasing the satisfaction of participants and empowering the community for its continuity over time.

Keywords: Health Promotion, Chronic disease, Community Engagement, Loneliness, Walking.

INTRODUCCIÓN

Estar presente en el conocimiento, control y prevención de enfermedades crónicas es uno de los retos que tienen en la actualidad gran parte de los profesionales de la AP. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015, 15 millones de personas de edades comprendidas entre 30 y 69 años fallecieron como consecuencia de una enfermedad crónica, la mayoría por enfermedad cardiovascular. Uno de los objetivos principales de la OMS es reducir un tercio las enfermedades crónicas para 2030, para ello se crea el Plan de Acción Mundial para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles 2013-2020¹.

La soledad en el anciano es otro de los caballos de batalla que existe en las consultas de AP. Durante el proceso de envejecimiento, frecuentemente se experimentan vivencias y cambios que contribuyen a la aparición de sentimientos de soledad. La soledad es el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas².

Muchos años después del nacimiento de la Carta de Ottawa³, detectamos la existencia de grandes vacíos en áreas de empoderamiento, promoción de autocuidado, integración social y adecuación de recursos, entre otros, observados en la consulta médica durante la revisión de enfermedades crónicas cardiovasculares. Por ello, desde la AP se trabaja en formación e implementación de actividades en la comunidad.

En esta actividad se buscó la mejora de la calidad de vida de la comunidad, para ello se aumentó la capacitación y autoconfianza para adaptar sus enfermedades, circunstancias sociales y personales a sus vidas. Se empoderó al paciente y al sanitario para sentirse útil participando en actividades comunitarias placenteras, realizando un abordaje biopsicosocial, considerando a cada persona como protagonista y responsable de su propia vida. Para ello, se necesita que las intervenciones comunitarias se realicen allí donde los ciudadanos viven e interactúan socioculturalmente, es decir, en sus barrios, sus pueblos, sus comunidades⁴. El centro de salud es el sitio óptimo para la realización de esta actividad comunitaria, ya que brinda un apoyo esencial, sobre todo a las personas con enfermedades crónicas, y está disponible las 24 horas del día. La sobrecarga en las consultas de los últimos años, junto a la escasez de tiempo para la atención individualizada, obliga a los profesionales de AP a reorientar rutas terapéuticas, recurriendo a actividades comunitarias como caminatas, donde los participantes realizan una adecuada gestión de lo cotidiano en sus vidas con sus enfermedades y circunstancias biopsicosociales.

En la Marcha Saludable abordamos principios de la Carta de Ottawa³ desarrollando aptitudes personales con el empoderamiento individual y reforzando un enfoque multisectorial. Tomamos como referencia el programa de la Universidad de Stanford, Chronic Disease Self-management Program, de enfoque estructurado con evidencias en efectividad e implementado en más de 12 países⁵, que busca formar para repartir empoderamiento en cada participante. Otra referencia fundamental utilizada ha sido el Programa de Abordaje a la Cronicidad de Asturias: Personas Sanas, Poblaciones Sanas⁶.

OBJETIVOS

El objetivo general fue implementar actividad física en la comunidad integrando activos comunitarios, ciudadanos y pacientes en el municipio de Novelda, durante el período octubre de 2016 a diciembre de 2018. Siendo los objetivos específicos: empoderar al enfermo crónico en el control de sus enfermedades como complemento al tratamiento farmacológico, al ciudadano en el proceso natural de envejecimiento, mitigar y controlar el sentimiento de soledad de pacientes mediante intervenciones en educación sanitaria en consulta de AP. Así como integrar a los activos comunitarios y ciudadanos en la misma. Transmitir información y formación a través de un circuito informativo y formativo dentro del centro de salud, donde los profesionales formados transmitan la información y formación necesaria al ciudadano, al paciente y otros sanitarios, haciendo visible la actividad y el trabajo realizado, para conocimiento de la población mediante sesiones informativas mensuales en el centro de salud y asociaciones del municipio. Visibilizar las actividades comunitarias durante una semana al año (Semana de la Salud) en medios de comunicación locales, comarcales y redes sociales.

MÉTODOS

Intervención comunitaria de educación entre iguales denominada Marcha Saludable Centro Sanitario Integrado Novelda, desarrollada en el municipio de Novelda. Se realiza formación a sanitarios, abordaje sociosanitario e integración de activos comunitarios, acometiendo varias áreas de intervención: programa de formación, inclusión de activos, implicación multisectorial y capacitación de líderes

Pasos para la puesta en marcha

Se hicieron un total de ocho reuniones.

La primera reunión fue con el equipo médico del centro de salud integrado, reunión informativa acerca de actividades comunitarias, programa de formación de la Universidad de Stanford⁵, solicitud de voluntarios y se concretó siguiente reunión para la formación del personal interesado.

La segunda fue con los médicos internos residentes (MIR) y con el responsable docente del centro. Se informó detalladamente sobre actividad comunitaria, breves pinceladas de Chronic Disease Self-management Program⁵ y nueva cita para formación.

La tercera fue con el equipo de enfermería, al igual que en anteriores, se informó sobre la actividad y el programa de Universidad de Stanford⁵, se acordó revisión de protocolos de factores de riesgo cardiovascular y tratamiento no farmacológico en hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad. Se designaron varios enfermeros que, con carácter rotatorio, supervisarían la actividad.

La cuarta se llevó a cabo con unidades de apoyo del centro de salud (matronas, salud sexual y reproductiva, salud mental, fisioterapeutas y técnicos de radiología). Siguió el mismo contenido general que las anteriores, en esta el enfermero de salud mental se comprometió a realizar la selección de pacientes de su unidad.

El resto de reuniones fueron formativas para la capacitación del personal del centro interesado y comprometido, tomando de referencia Chronic Disease Self-Management Program de la Universidad de Stanford (Estados Unidos)⁵.

Intervención educativa

El programa utilizado para la formación y capacitación del personal del centro y que posteriormente se transmitió de forma progresiva a los participantes fue el Chronic Disease Self-Management Program, con el objetivo de que tomaran el control de su salud⁵. Este programa está dirigido a personas que sufren enfermedades crónicas, con consecuencias comunes tanto en su estado físico como emocional.

En esta actividad se pretendió desarrollar y potenciar habilidades personales con afrontamiento saludable de las dificultades en la vida cotidiana^{7,8}, destacando el rol del individuo con enfermedad crónica como principal responsable del cuidado de su salud, proporcionando motivación, acompañamiento y confianza para entender y manejar determinados síntomas de enfermedad, adquiriendo hábitos de vida saludable y mejor calidad de vida⁶, siempre con el acompañamiento, la colaboración y la cercanía de los profesionales del centro de salud.

La capacitación para la realización de la actividad fue mediante reuniones informativas y formativas, donde la metodología utilizada fue de participación activa. Primero se dotaba de información detallada sobre la actividad, estudios de diferentes universidades con evidencias justificadas de la misma y, posteriormente, se solicitaban opiniones al respecto, críticas constructivas y/o sugerencias de mejora.

Actores sociales

El desarrollo de la implementación del programa formativo estuvo íntimamente relacionado con la involucración de diferentes actores.

En la Marcha Saludable participan personas con enfermedades crónicas y sus familiares, asociaciones culturales y sociales del municipio, trabajadores del centro de salud y toda aquella persona que deseó pasear en compañía.

La actividad pone en movimiento a individuos con enfermedades crónicas que precisan actividad física como principal eslabón de un adecuado tratamiento de su enfermedad. Trabajadores del centro de salud que conocen riesgos y consecuencias de dichas enfermedades, consideran la actividad física como pilar fundamental en los tratamientos de las mismas. Esto favorece una mejora en las relaciones sociosanitarias, interprofesionales y personales (médicos, enfermería, MIR, unidades de apoyo...). Es una actividad dinámica que invita a la compañía, diálogo, distracción y socialización.

En el desarrollo de la actividad comunitaria Marcha Saludable se buscó la efectividad a través del propio proceso, en el que el apoyo entre pares es la clave⁹.

La Marcha Saludable comenzó siendo liderada por un médico de AP, conocido por la mayoría de los participantes, que caminaba en cabeza al que acompañaban médicos MIR y caminantes. El centro de la caminata fue más numerosa y aquí los participantes tenían un caminar más tranquilo y eran acompañados por personal del centro de salud (enfermería y auxiliares de clínica). Y en el vagón de cola se encontraban los participantes que precisaban supervisión, y con ellos caminaban compañeros de las unidades de apoyo.

La programación de esta actividad quedó establecida desde su puesta en marcha, octubre de 2016, hasta su finalización en diciembre de 2019: martes y jueves de 8.30 a 9.30 horas, con interrupción en el mes de julio y agosto.

El apoyo mutuo y el éxito refuerzan la confianza de los participantes en su capacidad para realizar actividad física para mejorar su salud y así poder mantener una vida activa física y socialmente.

A cada paciente que deseó participar se le informó en consulta (médica, enfermería y unidad de apoyo) sobre la actividad, los beneficios que le podía reportar a su estado de bienestar y el tratamiento de su enfermedad.

La misión de los líderes y personal del centro de salud fue motivar y apoyar a los participantes en la superación de las posibles dificultades que pudieran aparecer, resolución de problemas (horario, etc.) y toma de decisiones¹⁰.

Utilizamos: rol del igual (presentar la misma enfermedad): trabajadores del centro de salud y pacientes más motivados, paciente Actiu¹¹, actuaron como modelos, un formato de tratamiento menos formal que el impartido en consulta. También contamos con líderes profesionales fuera de las consultas que ejercían influencia positiva a nivel motivacional.

Selección de paciente

Desde el centro de salud, se utilizaron listados de pacientes crónicos con hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad.

El MIR de Medicina Familiar y Comunitaria realizó llamadas telefónicas para informar a los pacientes de la próxima implementación de una actividad comunitaria, explicándoles los objetivos y beneficios de la misma, y ofreciéndoles una cita para detenidamente responder a cualquier duda. En función de la respuesta sí/no, se anotó el nombre del paciente en otro listado y se incluyó la información en su historia clínica.

En consulta médica se revisó historia clínica del paciente con patología crónica citada. Cuando no había sido informado, se le informaba, y si había sido informado y había dicho no, se le motivaba. Se registraron las respuestas en listados específicos y en las historias clínicas.

En consulta de enfermería se informó a aquellos pacientes que presentaban factores de riesgo cardiovascular y acudían a sus citas de programa de salud.

Se hizo una reunión para objetivar el grado de interés mostrado por los pacientes, midiendo las respuestas afirmativas (sí) de nuestro registro y cotejándolas con las historias clínicas. Un 77 % de pacientes mostraron su interés por participar.

Activos municipales, personas relevantes para la comunidad involucradas y comprometidas, tras ser informados en reuniones previas, trasladaron información detallada y precisa de la actividad comunitaria prevista para el municipio en sus sedes y centros, por lo que fueron informadas todas las asociaciones culturales, de vecinos, de pacientes y centros de día.

Los técnicos municipales del ayuntamiento informaron a las concejalías de Sanidad, Educación y Cultura, Servicios Sociales e Igualdad.

Además los medios de comunicación del municipio (prensa escrita, radio y televisión) difundieron la información que previamente, desde el centro de salud, se les había entregado, animando a la población a participar en una actividad comunitaria pensada para mejorar el bienestar de la población.

Puesta en acción

Se realizó una reunión previa del personal del centro de salud para coordinar la puesta en marcha de la actividad. Se decidieron los días más oportunos, martes y jueves, con intención de no coincidir con el miércoles, día de mercadillo, el cual despierta gran interés en los habitantes del municipio. Se propuso el horario de 9.30-10.30 horas, dado que el 68 % de las personas interesadas eran jubiladas y con este horario se facilitaba su asistencia después de dejar a los nietos en los centros educativos. La ruta escogida fue una zona pública y segura, alrededor del centro de salud.

El día de inicio (25 de octubre 2016), estuvieron presentes todos los líderes formados para implementar la intervención comunitaria, ciudadanos del municipio, pacientes crónicos, médicos de AP del centro, MIR, representantes de unidades de apoyo, enfermería y jefa de zona básica de salud. El personal del centro de salud es considerado un activo de salud en el municipio y un recurso que favorece y fortalece a la población en mejorar su salud y bienestar.

El punto de encuentro fue el vestíbulo del centro de salud, donde acudieron las personas interesadas en participar en la Marcha Saludable. Se hizo entrega de una camiseta con logotipo de la actividad, con el objetivo de potenciar el sentimiento de pertenencia al grupo, y se anotó el nombre completo y número de la tarjeta sanitaria.

Se inició la marcha con dos líderes en cabeza, los cuales propusieron una ruta accesible y marcaron el ritmo, les acompañaron el MIR y un médico de AP. El resto de los participantes se fueron incorporando y ocupando su lugar en la marcha en función de su capacidad física. A lo largo de la marcha, se alternaba personal del centro de salud supervisando el desarrollo de la actividad y las posibles incidencias que pudieran aparecer.

Instituciones participantes

- Asociaciones del municipio: asociaciones culturales y sociales, asociaciones de enfermos y familiares y agrupaciones vecinales.
- Centros educativos y docentes, en períodos vacacionales (Navidad y Semana Santa).
- Medios de comunicación municipal y territorial.
- Técnicos municipales del ayuntamiento.
- Centro de salud del municipio (equipo de AP y unidades de apoyo).

Proceso de intervención

El abordaje comunitario de la implementación tiene en cuenta:

- Programa de información de contenido genérico sobre determinadas enfermedades crónicas, factores de riesgo cardiovascular y situaciones sociales del municipio y también específicas, con estudios realizados al respecto Chronic Disease Self-Management, programa de la Universidad de Stanford⁵, junto con persuasión verbal positiva.
- Formación: se captaron voluntarios dentro del centro de salud a los cuales se formó, tomando como referencia el programa de la Universidad de Stanford⁵ y se les capacitó para guiar, dirigir e implementar la actividad.
- Implicación multisectorial en la captación de pacientes, participación y formación.
- Capacitación de la ciudadanía: se informó detalladamente a cada paciente de los objetivos de la actividad, con el objetivo de hacerles partícipes y responsables de la cumplimentación de su tratamiento. A los participantes sin enfermedad conocida se les informó sobre los beneficios de la actividad y se dio información grupal para asociaciones municipales¹². Se ofreció la oportunidad de consultar dudas en el centro de salud, siendo el MIR el referente para ello.
- Utilización de recursos de la zona: se informó al ayuntamiento de la realización de la actividad. Al desarrollarse en espacios naturales, públicos y seguros no se precisó la colaboración de policía local.

Evaluación

La evaluación se hizo a través de indicadores de proceso y testimonios de pacientes. Se consideraron los siguientes indicadores de proceso: perfil de personas participantes (edad, sexo, enfermedad crónica); número de personas participantes; número de personas que se ausentaron puntualmente (enfermedad, cuidado de nietos); razones por las que acuden; número de personas empoderadas (líderes sin formación); número de voluntarios del centro de salud (líderes de salud).

Testimonios de pacientes recogidos al finalizar la actividad, mediante breve encuesta cualitativa, voluntaria y anónima con valoración subjetiva de lo que

supuso para ellos participar.

RESULTADOS

Desde el comienzo de la actividad en 2016 hasta su finalización en diciembre de 2018, se han conseguido objetivos como: socialización de personas ancianas que viven solas, incremento del autocuidado en personas con enfermedad crónica o factores de riesgo cardiovascular, aumento de la motivación para conversar con otras personas e interaccionar entre iguales y fomento del encuentro. Valorado en consulta de pacientes crónicos.

La edad media de las personas participantes fue de 67,2 años, el 81,3 % mujeres y el 18,7 % hombres. Al inicio de la actividad se consiguió una captación de 364 personas, de ellas un 12 % no llegaron a acudir. De los 320 participantes que comenzaron, un 19 % no continuó por diferentes causas, entre las que destacan agravamiento o empeoramiento de su enfermedad (12 %), enfermedad de un familiar (17 %), el cuidado de nietos (68 %) y otros motivos (3 %).

Entre las personas que acudieron, el 78,2 % presentaban enfermedad crónica, un 11 % eran cuidadores, un 8,6 % miembros de asociaciones y un 2,2 % personal del centro de salud.

Razones por las que manifestaron acudir: salud (69 %), deseo de realizar ejercicio (18 %), búsqueda de compañía (8 %) y otros (5 %).

Contamos con dos líderes sin formación, empoderados por sus actividades profesionales: uno encargado de fábrica de especias y otro encargado de fábrica de mármol, ambas empresas muy importantes en el municipio.

Se realizaron reuniones, se confeccionaron carteles y se llevaron a cabo talleres informativos en semanas de la salud con activos comunitarios, donde se proyectaron vídeos y se mostraron fotografías de nuestras marchas saludables. También se difundió la actividad por los medios de comunicación del municipio, por correos electrónicos a las coordinaciones de los centros de salud del departamento, con el objetivo de animar a implementar esta actividad en otros municipios.

Como resultados cualitativos, se recogieron 130 testimonios: un 93,6 % referidos a valoración positiva, argumentando mejoría en salud (58 %), relaciones sociales (33 %) y otros (9 %). Algunos ejemplos: «Ver gente como yo aquí me anima a seguir caminando»; «La fuerza del grupo me da ilusión para levantarme y venir»; «Camino más ligera, he perdido peso y no me duelen las rodillas» o «Gracias a la caminata, hago otras actividades con otros enfermos».

Un 6,4 % dio una valoración negativa por limitaciones de enfermedad propia (57,7 %), limitaciones por ser cuidadora (16,3 %) («Tengo que cuidar de mi marido»), horario (19 %) («El horario me viene muy mal») y otros (7%) («Me avergüenza caminar lento»).

DISCUSIÓN

En un primer momento, la captación de los pacientes se realizó desde el centro de salud, en concreto por el médico MIR, tal como señala el informe de *Activación del paciente*¹³ de Deusto Business School, pero posteriormente las asociaciones del municipio se pusieron a ello, y esta implicación de personal no sanitarias fue un paso más en «la salud en todas las políticas» propugnada en la Carta de Ottawa.

La participación conjunta del centro de salud y la comunidad consolidó lazos cooperativos para avanzar en actividades comunitarias. Hacer visible esta colaboración refuerza la actividad y consolida su sostenibilidad.

El enfoque multisectorial favorece que la persona participante sea la protagonista de la actividad, además se refuerzan relaciones interpersonales, creándose un clima de confianza y empatía que potencia el trabajo que se hace con los pacientes en nuestras consultas.

La formación realizada junto a la actividad programada favorecieron el empoderamiento, convirtiendo a los participantes en potenciales agentes de salud para su entorno y animándoles a participar en otras actividades.

Los participantes que acudieron de modo habitual iniciaron hábitos de vida más saludables, valorando y entendiendo el concepto de «protección de la salud».

La salud no es un objetivo, es la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Es un concepto positivo que incide en los recursos sociales y personales. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, una persona o grupo debe ser capaz de identificar sus aspiraciones con el fin de satisfacer sus necesidades y actuar en consecuencia, así como para ser capaces de cambiar o adaptarse al medio.

Aumentar las propias capacidades, adquirir herramientas y sentirse eficaces para incorporar buenos hábitos físicos y mentales de salud positiva son los objetivos principales en los programas de promoción de la salud y actividad comunitaria.

Se concluye que la actividad comunitaria puede ser beneficiosa y resulta satisfactoria para la población participante; ha generado lazos de unión entre activos comunitarios, pacientes y personal del centro de salud, y los datos positivos de participación y satisfacción han favorecido la continuidad de la actividad. Todo ello confirma la importancia de avanzar en intervenciones comunitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organizat Global status report on non communicable diseases; 2014.
2. Madoz Jáuregui V. 10 palabras clave sobre miedos del hombre mode Estella: Verbo Divino;1998:283-84.
3. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. I Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud reunida en Ottawa; 1986.
4. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M, el grupo del Proyecto frAc. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de actividad comunitaria de promoción de la salud en AP. Proyecto frAc. Gac Sanit 2014;28:267-73.

5. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of Chronic Disease in primary care. JAMA. 2002;288(19):2469-75.
6. Servicio de Salud Principado de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Astu Plan de Acción con Atención Primaria de Salud 2014-2015; 2014.
7. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Manual para el diseño de implementación de grupos socioeducativos en AP (GRUSE); 2011.
8. Escartín P, Gimeno L, Cofiño R. Gestión de lo cotidiano Barcelona: Congresos y Ediciones de la semFYC; 2016.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones; 2012.
10. Abreu D. ¿Qué hacen los líderes comunitarios? El diario NY. [Internet.] [Consultado el 6 de mayo de 2013. Disponible en: <https://eldiario.com/2013/05/06/que-hacen-los-lideres-comunitarios>
11. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Públi Programa Pacient Actiu. [Internet.] Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/dgas/programa-pacient-actiu>
12. Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica Revista Calidad Asistencial. 2009;24(3):124-30.
13. Deusto Business School Health La activación del paciente: clave en la transformación sanitaria; 23-24 abril 2015.

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2019 **Fecha de aceptación:** 20 de junio de 2019

[Volver](#)

Una marcha saludable en la comunidad

M^a Isabel Fernández Esteban, Alexandra Terol Esteve, Francisco Javier Martínez Cabrera, Christian Barberá Butrón, Alexandra Almela Martínez y M^a del Camino García de la Infanta Ruiz

Comunidad Julio 2019;21(2):4

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar