

ORIGINALES

¿Sabemos qué es la salud comunitaria?

[Ver en pdf](#)

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

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

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

Vivian Liste Salvador. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia

Para contactar:

Alba Cabellos Sánchez: albs.cabellos@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento de los profesionales de los centros de Atención Primaria (CAP) sobre las actividades comunitarias (AC) y los activos en salud del barrio.

Métodos: estudio multicéntrico, descriptivo, transversal realizado en cinco CAP urbanos. Se distribuyó una encuesta *online ad hoc*. Las variables estudiadas en relación con las AC fueron: tipo de profesional, valoración de la utilidad, recomendación a los usuarios, grado de conocimiento, utilización de los recursos internos de información, AC de mayor utilidad, interés en participar y nuevas propuestas.

Resultados: participaron 154 profesionales: 33% de medicina de familia, 29% de enfermería, 14% de personal administrativo, 10% de residentes, 5% de trabajo social, 9% de otros profesionales. El 79% consideró las AC útiles. Sobre el grado de conocimiento: el 67% conoce algunas, 23% no muchas, 7% todas y 3% ninguna. El 52% utilizaba recursos internos de información. Sobre la recomendación a los usuarios: el 60% recomienda a veces, el 18% casi nunca, el 13% siempre y el 9% nunca. Las AC valoradas como más útiles fueron las que promocionaban el ejercicio físico. El 75% mostró interés en participar en AC. Las nuevas propuestas de AC más reclamadas fueron: alimentación saludable y salud emocional.

Discusión: el grado de conocimiento sobre AC de los profesionales es limitado, pese a que el interés y la valoración de su utilidad son elevadas. Las AC quedan delegadas a los profesionales de trabajo social. Es necesario plantearnos la importancia que se da a la salud comunitaria e idear estrategias para fomentarla.

Palabras clave: trabajadores de salud comunitaria, servicios de salud comunitaria, Atención Primaria de Salud, gestión del conocimiento.

DO WE KNOW WHAT COMMUNITY HEALTH IS?

Abstract

Objective: To evaluate knowledge about community activities (CA) and health assets in our neighbourhood among professionals from primary health centres (PHC).

Methods: Multicentric descriptive cross-sectional study performed in five urban PHC. An online ad-hoc survey was conducted. The studied variables in relation to CA were: type of professional, evaluation of usefulness, recommendation of the neighbourhood CA to users, level of knowledge, use of internal sources of information about CA, more useful CA, willingness to participate in CA and new proposals.

Results: 154 professionals took part. 33% were family doctors, 29% nurses, 14% administrative officers, 10% medical residents, 5% social workers (SW) and 9% other professions. 79% considered CA to be useful. The level of knowledge about CA was: 67% knew a few, 23% not many, 7% all of them, 3% none. 52% used the internal sources of information. Recommendation to the users: 60% sometimes, 18% almost never, 13% always, 9% never. The CA that were considered most useful were those that promoted physical exercise. 75% were willing to take part in CA. Healthy eating and emotional health were the most called-for new CA proposals.

Discussion: The level of knowledge of CA among professionals is limited, although interest in and appreciation of its usefulness is high. AC are delegated to social workers. It is necessary to consider the importance given nowadays to community health and to think of strategies to promote it.

Key words: community health, primary health care, professionals' level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Sentadas en una terraza del barrio de la Sagrada Familia, después de una mañana de visitas domiciliarias, una enfermera y una residente de cuarto año de medicina, se plantearon la presencia de ese segundo apellido compartido en sus respectivas especialidades, la comunitaria.

Durante el proceso de formación, las actividades comunitarias (AC), la educación, la promoción y la participación en salud deberían estar presentes, pero es evidente que en la práctica no es así. Tal y como comenta Rafa Cofiño, existe una hipertrofia del nombre (medicina o enfermería) a costa de una hipotrofia del primer apellido (familiar) y una importante atrofia del segundo (comunitaria)¹. Esa ausencia desde la base nos dificulta una atención integral que contextualice los problemas de salud-enfermedad en el marco comunitario, en la cual se tenga en cuenta el entorno y el contexto en el que se desarrolla el individuo.

Mirando desde la calle, podíamos observar la vida que acontecía y se interrelacionaba. Se hacía evidente que existe un tejido comunitario, pero ¿conocemos los profesionales de los centros de salud las AC de los barrios donde trabajamos?

La gran carga asistencial, la falta de tiempo y calidad en las consultas, así como la creencia de la escasa evidencia científica de las AC, ¿podrían condicionar nuestro conocimiento, implicación y recomendación?

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento que tiene el personal, tanto asistencial como no asistencial, de cinco centros de Atención Primaria (CAP) urbanos (tres dentro de Barcelona y dos fuera) en relación con las AC de los respectivos barrios.

MÉTODOS

Se distribuyó una encuesta *online* anónima elaborada *ad hoc* a los profesionales de los diferentes CAP. Se utilizó tanto el correo interno como las aplicaciones de mensajería instantánea móvil, facilitando de esta manera la difusión.

La encuesta constaba de 10 preguntas (figura 1), dos de ellas con texto libre.

Las variables que quisimos estudiar fueron:

- Tipo de área básica.
- Tipo de profesional.
- Utilidad de las AC.
- Recomendación a los usuarios de las AC del barrio.
- Grado de conocimiento de las AC.
- La utilización de los recursos internos de información de las AC.
- AC de mayor utilidad.
- Interés en participar en las AC.
- Nuevas propuestas de AC.

Una vez que obtuvimos las respuestas, elaboramos un estudio descriptivo transversal.

Figura 1. Encuesta de conocimiento sobre salud comunitaria para los profesionales

Preguntas
<p>1. ¿A qué área básica pertenece?</p> <p>a. EAP Sardenya b. EAP Vic c. EAP Roger de Flor d. CAPI Baix-a-Mar e. EAP Sagrada Família</p>
<p>2. ¿Qué cargo ocupa en el centro de Atención Primaria?</p> <p>a. Enfermero/a b. Trabajadora social c. Médico/a de familia d. Administrativo/a e. Pediatra f. Residente g. Otros [texto libre]</p>
<p>3. ¿Cree que las actividades comunitarias son útiles?</p> <p>a. Sí</p>

b. No

4. ¿Recomienda a los usuarios las actividades comunitarias del barrio?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Casi nunca
- d. Nunca

5. ¿Conoce las actividades y los activos en salud de la zona donde trabaja?

- a. Sí, todas
- b. Sí, algunas
- c. No muchas
- d. Ninguna

6. ¿Cuántos activos en salud del barrio conoce?

- a. 0-5
- b. 6-10
- c. +10

7. ¿Consulta los recursos internos de comunicación de su centro de salud sobre las actividades comunitarias del barrio?

- a. Sí
- b. No

8. ¿Qué actividad comunitaria del barrio le parece más útil?

[Texto libre]

9. ¿Le gustaría formar parte de alguna actividad comunitaria?

- a. Sí
- b. No

10. ¿Tiene alguna nueva propuesta de actividad comunitaria que considerara interesante que se realizara en el barrio?

[Texto libre]

RESULTADOS

Contestaron a la encuesta un total de 154 profesionales, un 47% del total, de 329 a los que se les envió.

En relación con el tipo de profesional fue: un 33% pertenecientes a medicina de familia, 29% a enfermería, 14% a personal administrativo, 10% a residentes, 5% a trabajo social, 3% a pediatría, 2% a odontología y un 4% a otros (entre los cuales había un técnico de mantenimiento, dos educadoras sociales, dos higienistas dentales y dos auxiliares de enfermería).

En relación con si consideraban de utilidad las AC (por ejemplo: disminuir la demanda, mejorar la calidad de vida, mejorar la salud, etc.), el 79% consideró que sí. No existieron diferencias significativas entre los profesionales. Cabe destacar que el 100% de los profesionales de trabajo social contestó afirmativamente.

El grado de conocimiento de las AC y de los activos en salud del barrio donde trabaja fue: 67% conoce algunas actividades, 23% no muchas, 7% todas y el 3% ninguna. Cuando analizamos esta pregunta por profesional (tabla 1), observamos diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento de las trabajadoras sociales respecto al resto de profesionales con un chi cuadrado de tendencia lineal $p < 0,0001$. También el menor conocimiento en el personal administrativo y en los residentes nos revela diferencias estadísticamente significativas con chi cuadrado de tendencia lineal $p < 0,05$.

Tabla 1. Grado de conocimiento sobre las actividades comunitarias del barrio por profesionales

Profesional	Conocimiento				Total
	Sí, todas	Sí, algunas	No muchas	Ninguna	

Enfermería					
Recuento	3	28	13	0	44
Porcentaje	7%	63%	30%	0%	100%
Trabajador social					
Recuento	5	3	0	0	8
Porcentaje	62,5%	37,5%	0%	0%	100%
Médico de familia					
Recuento	1	43	6	0	50
Porcentaje	2%	86%	12%	0%	100%
Administrativo					
Recuento	1	11	6	3	21
Porcentaje	4,8%	52,4%	28,6%	14,3%	100%
Pediatra					
Recuento	0	4	0	1	5
Porcentaje	0%	80%	0%	20%	100%
Residente					
Recuento	0	7	8	0	15
Porcentaje	0%	46,7%	53,3%	0%	100%

En relación con cuántos activos en salud se conocen del barrio: el 77% conoce entre 0 y 5; el 17%, entre 6-10, y el 6%, más de 10. Siendo otra vez significativo el mayor conocimiento del profesional de trabajo social respecto al resto de los profesionales ($p < 0,0001$); el 50% de ellas conoce más de 10; el 25%, entre 6 y 10, y el otro 25%, entre 0 y 5. El censo de activos en salud es una de las líneas de investigación de los grupos de comunitaria de los diferentes CAP evaluados, ya que no están recogidos completamente. Pese a ello, los activos en salud identificados en la actualidad oscilan entre 45 y 50 en cada uno de los CAP encuestados.

A la pregunta de si consultan los recursos internos de comunicación de su centro de salud sobre las AC que se realizan (por ejemplo, tableros de información, trípticos, correos electrónicos informativos, etc.), el 52% refería que sí que los utilizaba y el 48% restante contestó que no. En general, no encontramos diferencias entre los profesionales, excepto en el caso de los residentes, en los que el 80% no los consulta y el 20% sí, siendo significativamente menor (chi cuadrado de Pearson $p < 0,05$).

En cuanto a si recomiendan las AC a los usuarios en la consulta diaria: el 60% respondió que a veces, el 18% que casi nunca, el 13% dijo que las recomienda siempre, mientras que el 9% no lo hace nunca. Encontramos diferencias significativas entre los profesionales (tabla 2), siendo las trabajadoras sociales las que más informan y el personal administrativo y los residentes los que menos ($p < 0,05$).

Tabla 2. Recomendación de actividades comunitarias a los usuarios por profesionales

Profesional	Recomendación				Total
	Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
Enfermería					
Recuento	7	26	7	4	44
Porcentaje	15,9%	59,1%	15,9%	9,1%	100%
Trabajador social					
Recuento	5	3	0	0	8
Porcentaje	62,5%	37,5%	0%	0%	100%
Médico de familia					
Recuento	5	37	8	0	50
Porcentaje	10%	74%	16%	0%	100%
Administrativo					
Recuento	2	8	6	5	21
Porcentaje	9,5%	38,1%	28,6%	23,8%	100%
Pediatra					
Recuento	0	4	0	1	5
Porcentaje	0%	80%	0%	20%	100%
Residente					
Recuento	0	7	5	3	15

Porcentaje	0%	46,7%	33,3%	20%	100%
------------	----	-------	-------	-----	------

Conocer la AC que les parecía más útil requirió que leyéramos todas las propuestas individuales y tratáramos de agruparlas según la temática. Obtuvimos que las más valoradas, en un 50% de los profesionales, fueron las caminatas y aquellas relacionadas con la promoción de la actividad física. En un 40% se consideraron más interesantes las charlas y los talleres de educación, promoción y prevención de la salud. En un 10%, otras actividades.

El interés en participar en alguna AC fue mayoritariamente afirmativa (75% sí). No existen grandes diferencias entre los profesionales, excepto en el caso de los residentes, en los que destaca significativamente que el 100% están interesados (estadístico de Fisher $p < 0,05$).

En cuanto a las propuestas de nuevas AC, un 52% de los profesionales realizaron aportaciones. Dentro de la diversidad de actividades propuestas, agrupamos aquellas con más demanda y encontramos: 40% talleres de alimentación saludable, 30% talleres de salud emocional y apoyo mutuo, en un 20% actividades que promuevan la actividad física, y un 10% otras.

DISCUSIÓN

En cuanto a la participación en el estudio, nos han llamado la atención varios aspectos y consideramos importante observar los números absolutos.

En primer lugar, nos gustaría resaltar la significativa participación del personal administrativo: el 14% de los participantes de este estudio; un elevado porcentaje si pensamos en la totalidad de los profesionales que trabajan en los CAP.

Muchas veces la atención centrada en la consulta nos ciega del contexto y olvidamos que el personal administrativo es la primera línea asistencial con el usuario, tanto personal como telefónicamente. Estos profesionales gestionan los malestares (tanto los propios del sujeto como los derivados del funcionamiento inherente al sistema de salud) y adaptan las agendas de los profesionales asistenciales en base a una escala de prioridades. Podemos ver que su grado de conocimiento acerca de las AC es similar al de otros profesionales asistenciales, y su interés en participar más activamente en las AC es elevado. También vemos que la mitad del personal administrativo recomienda a los usuarios AC, tarea no visibilizada y sorprendente para el resto de profesionales, que, como comentamos, a menudo olvidamos las tareas asistenciales del personal administrativo.

Además, vemos que todos los profesionales de trabajo social de las cinco áreas básicas han participado, siendo las que mayor conocimiento poseen, las que más consultan los recursos internos de información y, por lo tanto, las que más recomiendan las AC y los activos en salud. Estos datos no nos extrañan, puesto que entendemos el papel del trabajador social como el de un profesional de enlace que coordina el centro de salud con otros profesionales, organizaciones y entidades comunitarias, tal y como se describe en un informe del 2009 sobre la Atención Primaria en España, editado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

La mayor parte del personal de los centros de salud está compuesto por profesionales de medicina y enfermería. Su participación en este estudio ha sido similar, aunque el grado de conocimiento acerca de las AC y activos en salud, así como la recomendación a los usuarios son ligeramente superiores en el personal médico. La utilización de los recursos internos de información y su valoración de la utilidad de las AC son muy similares en ambos colectivos profesionales, pese a que en la práctica los que pertenecen a enfermería son los que llevan el peso de estas actividades^{2,3}. Ya apuntamos en algunos estudios anteriores que el personal de enfermería está implicado en el 63,1% de todas las AC, por lo que existe una sobrecarga de dicha actividad sin un grado de conocimiento adecuado.

Así, cabe destacar la importancia de las unidades de atención familiar (UAF: constituida por profesionales de medicina y de enfermería y el apoyo de trabajo social y administrativo) que actúan en un cupo adscrito. Los resultados nos sugieren que una atención multidisciplinaria coherente y coordinada que incluya al personal administrativo podría abarcar en mayor profundidad las necesidades de los seres humanos⁴.

Para mejorar el grado de conocimiento de los profesionales, sería interesante generar no solo espacios de formación, sino también espacios para compartir, conversar y debatir multidisciplinariamente, incluyendo a algunos de los agentes de salud del barrio⁵, de tal manera que cada cual aporte su color y su matiz en el proceso de salud-enfermedad de la persona. Además, si se pretende enfatizar la importancia de las AC dentro de la salud, estos espacios multidisciplinarios compartidos no deberían representar más sobrecarga de trabajo para los profesionales sanitarios, sino al contrario, los descargarían, puesto que algunas personas cuyas problemáticas se están mirando únicamente como disfunciones físicas y, por lo tanto, están siendo tratadas únicamente desde esa vertiente, podrían ser abordadas desde una perspectiva biopsicosocial, ámbito que podría estar más cubierto desde un enfoque comunitario.

Además, cada vez existen más evidencias disponibles de los resultados en la salud gracias a la inclusión de las AC, ya que inciden directamente sobre los determinantes sociales. Existen numerosas webs donde podemos acceder a referencias de evaluaciones y revisiones sistemáticas sobre AC, como, por ejemplo, la página de Community Guide Services¹.

Y aunque los datos muestran que la utilización de las AC como recurso asistencial todavía está abriéndose camino dentro de los CAP, resulta muy esperanzador el gran interés en participar en las AC y la valoración de su utilidad. Esto nos muestra que realmente los profesionales de los centros de salud ven la importancia de la atención comunitaria y nos hace preguntarnos por qué esta relevancia no se ve reflejada también en la formación de los residentes y en los espacios de trabajo interno multidisciplinarios de los CAP.

Las AC que resultaron más útiles fueron aquellas que promovían la actividad física, entre ellas las caminatas fue la más nombrada. No es de extrañar que sea así. Cada vez resulta más común salir a correr, ir al gimnasio, llevar la pulsera inteligente que cuenta los pasos diarios y se fija como meta los 10.000 pasos recomendados para una buena salud, etc. El incremento del sedentarismo ha marcado también un punto de inflexión y parece que existe mayor conciencia en activar el cuerpo, de hecho el XVII Encuentro del PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de 2015 se tituló «Comunidad +Activa: Lo importante es participar», y prestó una especial atención al ejercicio físico como estrategia de promoción de la salud y

dinamización social⁶.

En cuanto a las nuevas propuestas de AC, planteadas por la mitad de los encuestados, se visibiliza la demanda de talleres de alimentación, así como de salud emocional y apoyo mutuo, ámbitos en los que tanto la especialidad de medicina como de enfermería familiar y comunitaria están escasamente formados, pese a ser una problemática que está detrás de la mayoría de las consultas habituales. La propuesta de AC sobre alimentación saludable resulta muy interesante y reivindica una formación específica en este ámbito. En el momento actual en el que existe un incremento de los trastornos alimentarios, las intolerancias, el diagnóstico de colon irritable, las gastritis, y el creciente interés por los diferentes tipos de alimentación, es urgente que recuperemos la enseñanza de Hipócrates «que la medicina sea tu alimento y tu alimento tu medicina».

También deberíamos tener en cuenta el tiempo invertido en cada consulta repitiendo los mismos «consejos» higiénico-dietéticos, los cuales podrían gestionarse de forma más eficiente mediante la terapia grupal. En grupo existe un trato entre iguales en el que los pacientes participan activamente en su proceso de salud. Inicialmente, este tipo de intervenciones comunitarias está guiada y sostenida por profesionales de la salud, pero uno de los ejes de la salud comunitaria es que los pacientes se empoderen y, al sentir que la salud es una responsabilidad propia, cambien la relación de «consumo» de asistencialismo por una cierta autogestión de la salud^{7,8}.

La segunda propuesta también deja claro la dificultad de gestionar el abordaje emocional a nivel individual en la consulta, ya que es uno de los problemas principales con los que nos encontramos en nuestro día a día. Este dato también muestra la escasa formación sobre el cuidado emocional que se realiza en las disciplinas de medicina y enfermería; formación centrada casi únicamente en lo físico y con un alto nivel de medicalización de los malestares de la vida que se podría reducir mediante un aumento de las redes de apoyo mutuo dentro de la comunidad. Está comprobado que un buen soporte social es un gran amortiguador emocional⁹ y constituye la base para que el individuo descubra sus potenciales y pueda ir adquiriendo habilidades y recursos para afrontar los problemas del día a día.

Ya en un estudio que realizamos anteriormente en el que describíamos las actividades comunitarias que se realizaron en ocho centros de salud de la Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa (ACEBA), observamos que el porcentaje de talleres dedicados a la salud emocional y apoyo mutuo eran un 3,6% del total. Porcentaje ínfimo en comparación con la necesidad real. En el caso de la alimentación, solo se realizó un taller en todo el año 2015 en una de las áreas básicas.

Así, nos parece interesante elaborar conjuntamente protocolos en los que se incluyan recursos comunitarios para abordar determinadas necesidades, como complemento a los abordajes de medicalización¹⁰. Esto podría facilitar el mayor uso y conocimiento de los recursos internos de información para consultar las AC. Cada centro lo realiza de una manera distinta: unos utilizan un corcho en el que van colgando las diferentes propuestas, otros un correo electrónico mensual con una tabla de las nuevas actividades, otros disponen de pantallas en las salas de espera con dicha información, algunos tienen folletos en las consultas, otros blogs... Pese a ello, vemos que aproximadamente solo la mitad de los profesionales consultan esta información. Cabe señalar que, en el caso de los residentes, el 80% no la tienen en cuenta en su práctica asistencial. Este dato nos hace reflexionar sobre la importancia que estamos dando a las AC en las profesiones sanitarias, puesto que los residentes son el futuro de la profesión.

En esta misma línea, encontramos que la mayoría de los profesionales conoce algunas o no muchas de las AC y, por lo tanto, las recomiendan a veces o casi nunca. Estos resultados se contraponen a que al 100% de los residentes les gustaría formar parte de las actividades comunitarias. Es decir, existe un gran interés, pero en la práctica no se lleva a cabo. Esto podría ser consecuencia de la escasa formación y orientación en atención comunitaria en los centros docentes², como también la sobrecarga de trabajo orientado a otros aspectos enfocados en la enfermedad que acaban abarcando casi la totalidad de la residencia. Esta ausencia difícilmente podrá ser resuelta en la práctica diaria una vez terminada la formación⁴. Así pues, ¿pensamos realmente que la inclusión de AC es una parte importante para la mejora y prevención de la salud?

Vemos que la especialista en el contexto del sujeto es la trabajadora social y la tarea de ofrecer las propuestas comunitarias queda prácticamente delegada a ella, consecuencia de la disgregación y la especialización del modelo biomédico. Cuan de importante sería que el resto de profesionales también adquiriera esta mirada que perciba el cuerpo y sus procesos como una construcción social¹¹. De este modo, la persona que viene a ser atendida al centro de salud recibiría una atención integral que aunara los recursos para abordar la problemática presente.

Ya nos apuntan diferentes autores que los aspectos más difíciles de la práctica profesional de los médicos son aquellas demandas «no médicas que no se pueden encauzar de la forma adecuada», muy probablemente porque no responden a la lógica medicalizadora de la vida¹²⁻¹⁵. La función actual de los médicos y del personal de enfermería prioriza la gestión de las demandas más que la atención de las necesidades reales y la promoción de la salud¹⁰. Quizás si prescribir actividades comunitarias estuviera dentro de los objetivos de los profesionales de Atención Primaria, esta mirada contextualizadora y biopsicosocial centrada en la persona estaría mucho más extendida.

Limitaciones

En primer lugar, debemos decir que la encuesta utilizada está elaborada *ad hoc* y no está validada, ya que no encontramos un instrumento con validez que recogiera los aspectos que queríamos estudiar. El objetivo de esta encuesta es intentar plasmar, desde una aproximación lo más objetiva posible, los conocimientos que tienen los profesionales de diferentes centros de salud sobre las AC que se realizan en la zona, así como recoger nuevas propuestas y conocer los intereses de los profesionales de estas actividades. Los conceptos relacionados con la salud comunitaria son difusos, a veces, incluso entre los propios profesionales sanitarios con formación en esta disciplina. En este estudio participan tanto profesionales sanitarios como no sanitarios con distintos niveles de formación y de conocimientos en relación con la temática abordada. Una limitación visible es la subjetividad en cuanto a lo que diferentes conceptos implican y significan. Por lo tanto, no podemos saber si todos los profesionales de salud han entendido lo mismo por el concepto utilidad, actividades en salud o bien activos en salud, por ejemplo.

Cuando hacemos referencia a la utilidad de las AC, hablamos sobre el impacto que tienen en la salud y la calidad de vida de los individuos que participan en ellas. Son pocas las veces que estas intervenciones son correctamente evaluadas, por lo que la utilidad en este estudio sería un ítem que recoge la percepción subjetiva de los profesionales en cuanto a la repercusión que tienen las AC en términos de salud.

También observamos una limitación a la hora de valorar el grado de conocimiento de los profesionales, dado que cada uno responde según su percepción y conocimiento. De esta manera nos podemos encontrar con que el que responde «Sí, todas» solo conoce una y desconoce que existan más, mientras que el más motivado conoce unas 10, pero cree que existen muchas más y responde «No muchas». Además, el escaso grado de conocimiento existente entre los profesionales sanitarios sobre las AC de la zona repercute directamente en la recomendación que se hace de ellas (o, más bien, que no se hace) a los usuarios, así como en el desconocimiento o desconfianza sobre el grado de utilidad de las mismas.

En definitiva, pese a que el instrumento y la metodología utilizada presentan algunas limitaciones, este estudio es una primera fotografía, basada en elementos subjetivos, que nos sirve de punto de partida para acciones de investigación posteriores que profundicen en el objetivo de evaluar el conocimiento de los profesionales que trabajan en los centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35(9):478-83.
2. Aguiló Pastrana E, García Pastor JA, Núñez Jiménez C, Poblet Calaf C, Pérez Jarauta MJ, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Formación en la competencia comunitaria en las Unidades Docentes Multiprofesionales. *Comunidad*. 2012;14(2):101-8.
3. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M, y el Grupo Proyecto frAC. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(4):267-73.
4. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Peñalva Merino D, Hernández-Gil Alonso A. ¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud? *AMF*. 2013;9(3):134-142.
5. Cofiño R, Pasarin MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? *Gac Sanit*. 2012;26(1):88-93.
6. Comité Organizador XVII Encuentro 2015: Comunidad +Activa: Lo importante es participar. Libro de conclusiones. Cuenca. 2015. p. 4-5.
7. Carvalho SR. Promoción de la Salud, *empowerment* y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 2008;4(3):335-47.
8. I Recomendaciones: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Barcelona: SemFYC e ISP; 2004.
9. Fernández-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Ramos N, Extremera N. Cultura, inteligencia emocional percibidas y ajuste emocional.[R.E.M.E] [serie en internet]. 2001 [citado 29 agosto 2016];4(8/9). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1024763>
10. Maynar Mariño I, Nieto Ramírez R, Montero de Espinosa Pérez P, Madueño García MÁ, Fernández López MD, Maynar Mariño MÁ. Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud. *Comunidad*. 2010;12:127.
11. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Editorial Siglo XXI; 1966.
12. Aguiló Pastrana E. Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias.[Revista clínica electrónica en Atención Primaria.] [serie en internet]. 2008 [citado 15 septiembre 2016]; (16). Disponible en: http://www.procc.org/pdf/AP4.Contexto_actual_de_AP_Dificultades_y_oportunidades_para_actividades_comunitarias.Aguilo.2008.pdf.
13. Mas X, Cruz JM, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. El paciente de trato difícil en Atención Primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31(4):214-21.
14. Vergeles JM. El paciente de trato difícil, una aproximación a la «desazón» del profesional (Comentario editorial). *Aten Primaria*. 2003; 31 (4):220-1.
15. Anguera B. ¿Qué hacemos con las (inevitables) pérdidas en el mundo globalizado? En: Talarn A (comp.). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder Editorial; 2007.

Volver

¿Sabemos qué es la salud comunitaria?

Alba Cabellos Sánchez, Alba María Campos Lizcano, Alba Aguado Jodar y Vivian Liste Salvador

Comunidad noviembre 2016;18(3):5

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Enviado por [Amanda Astudillo Delgado](#) el 23 noviembre, 2016 a las 17:17

1
comentarios

Gracias por compartir tan excelente artículo. en donde cuentan su experiencia y proceso con el CAP y las relaciones con las AC.

Nos dejan a través de este artículo, inquietudes y preguntas para compartir con nuestras nuestras comunidades y realidades culturales.

Amanda Astudillo Delgado.

Antropóloga.

[Dejar un comentario](#)

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

