

Módulo formativo de actividades comunitarias

Bases conceptuales

Esta actividad ha sido acreditada por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries con 0,8 crèdits.



Para consultar dudas contactar con pacap.net
Para evaluación contactar con pacap@samfyc.es

Autora: M.^a Eugenia Azpeitia Serón. Miembro del Grupo de Formación del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) y Coordinadora Nacional del PACAP

Bases conceptuales

Introducción y justificación

Este módulo pretende facilitar la formación en temas de lo «comunitario» para desarrollar la competencia de «Atención a la Comunidad» que los profesionales de las Ciencias de la Salud deberían tener para su trabajo profesional en Atención Primaria (AP).

Las bases sobre las que se fundamenta son:

- La estrategia de promoción de la salud como modelo necesario y útil en el abordaje de los problemas de salud y de los servicios sanitarios.
- La necesidad de consolidar el contexto comunitario en salud a través de una línea activa de capacitación para la acción sanitaria y de apoyo social a la participación comunitaria.
- Las características de los problemas de salud de la población, con predominio de patologías derivadas del modelo de desarrollo, de los comportamientos, del envejecimiento y discapacidades, con altos niveles de dependencia y de utilización de los servicios sanitarios públicos en un tiempo de crisis de los valores previamente imperantes.

El marco de referencia teórico en el que nos hemos ubicado es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos hitos históricos se sitúan en el último tercio del siglo xx, pero que siguen vigentes en este siglo.

En la 51 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en mayo de 1998, se acordó la «Política de salud para todos para el siglo XXI», en la que se establece como permanente objetivo principal el conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.

Es necesario generar un clima de motivación favorable a lo «comunitario», una sensibilización dirigida a la acción y adquirir unas mínimas habilidades y competencias en esta temática. Los equipos de AP gozan de un gran prestigio social, son bien conocidos por la población, accesibles y están bastante bien distribuidos territorialmente. Por otro lado, el paso del cuidado de la enfermedad a la promoción de la salud requiere que los profesionales sanitarios puedan desempeñar un papel clave en el desarrollo de actividades y procesos comunitarios, y de esa manera la comunidad conocerá y se implicará conjuntamente en la mejora de su calidad de vida.

Conceptos en salud-enfermedad. Reorientación de la intervención profesional

El concepto de salud es un término difícil de definir. En el año 1946 la OMS*, en su declaración fundacional, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

* La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente.

Esta definición supuso un gran avance al incorporar por primera vez el concepto psicosocial, definiendo la salud desde un término positivo, es decir, equiparando bienestar a salud, además de unificar el criterio de salud entre los países. Tanto esta incorporación de los factores psicosociales como su crítica son muestras también de la importancia de los factores sociopolíticos en las concepciones de salud y enfermedad y su abordaje.

Posteriormente, diversos autores han elaborado definiciones basadas en la de la OMS en las que han ido introduciendo elementos más dinámicos, incorporando el término de capacidad para relacionarse con el ambiente, como la de Blum, para el cual salud es la capacidad del individuo de mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que está razonablemente indemne de importantes incomodidades, incapacidades, insatisfacciones o enfermedad, así como la capacidad de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tanto como su propia realización personal.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla¹. La práctica de la promoción y la educación para la salud exige un reconocimiento y asunción del papel que tienen los diferentes profesionales sociosanitarios implicados en su desarrollo², entre los que reseñamos:

- Desarrollar capacidades de comunicación en relación con otros profesionales, la comunidad con la que se trabaja y con los gestores y directivos de su institución.
- Tener capacidad para negociar objetivos y estrategias de promoción de la salud, saber tomar decisiones conjuntamente y buscar la implicación y la participación de los colectivos interesados.
- Desarrollar un enfoque capacitante, en relación con los usuarios y no profesionales, que facilite el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.

Enlaces de interés:

Alma Ata me mata.

Aprendiendo a promover la salud.

Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?

Grading Evidence for Public Health Interventions.

Determinantes de la salud

La OMS define los determinantes de la salud como un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos. El conocimiento de los mismos nos ayuda a valorar el peso de cada uno de ellos en la consecución de un estado de salud deseable y nos permite introducir modificaciones en dichos determinantes para mejorar la salud, tanto en el ámbito colectivo como individual (evitación de conductas, hábitos y actitudes insanas, adopción de conductas y políticas saludables, etc.).

El Ministerio de Sanidad de Canadá realizó en 1974 un estudio sobre la salud y sus condicionantes (conocido como *Informe Lalonde*), en el que se establece que la salud debe considerarse como una variable dependiente, condicionada por los determinantes de salud: biología humana, estilo de vida, medio ambiente y sistema sanitario (figura 1).

Enlaces de interés:

Todo lo que quiso saber sobre prevención, la epidemiología social, los determinantes de la salud y promoción de la salud.

Biología: constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento.



Figura 1. Factores condicionantes de la salud. Fuente: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Estocolmo: Institute for Future Studies; 1991.



Figura 2. Estilos de vida. Fuente: Meneses P, 2011. Los 6 estilos de vida y sus principales características. Disponible en: tecnologia1leonauderl.blogspot.com.

Estilo de vida (figura 2): hábitos dietéticos, ejercicio físico, consumo de drogas, afrontamiento de situaciones psíquicas (conductas sexuales, violencia, duelos, situación de estrés, etc.). Utilización de los servicios médicos, sociales, educativos, etc.

Los siete estilos de vida considerados más perjudiciales para la salud por los CDC o Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Control de Enfermedades en Estados Unidos) son: el tabaco, la dieta inadecuada, el consumo de alcohol, la vida sedentaria, la violencia, el uso ilícito de drogas, los agentes biológicos en relación con hábitos humanos higiénicos y sexuales, tales como el cólera, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el sida, etc.

Sin embargo, no podemos olvidar que no hay estilos de vida «óptimos» para todo el mundo.

Determinantes del proceso salud-enfermedad (figura 3)

Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.

Incluye aquellos factores externos (factores ambientales o naturales) a los que está expuesto el individuo, que podrán afectar positiva o negativamente a su estado de salud. Podemos clasificarlos en factores:

- Biológicos:** virus, bacterias, etc.
- Físicos:** radiaciones, energía, etc.
- Químicos:** plaguicidas, metales pesados, etc.
- Sociales:** económicos, psicológicos y culturales.

Sistemas de asistencia sanitaria: utilización de recursos, sucesos producidos por la asistencia sanitaria, accesibilidad, desarrollo tecnológico, sistema de financiación.

Denver, en 1976, aplicó el concepto de determinantes de la salud de Lalonde a las estadísticas de mortalidad (tabla 1). Se da la paradoja de que el estilo de vida es el factor con más influencia en la mortalidad, pero es el que recibe menor porcentaje de los gastos, y el factor que menos influye, el sistema sanitario, es el que más gasto tiene.

Estas cifras son, con variaciones, las que siguen imperando actualmente en la mayor parte de los países desarrollados y, sin duda, constituyen un motivo de reflexión sobre la efectividad de los sistemas de salud y el modo en que la civilización occidental plantea sus prioridades en políticas de salud.

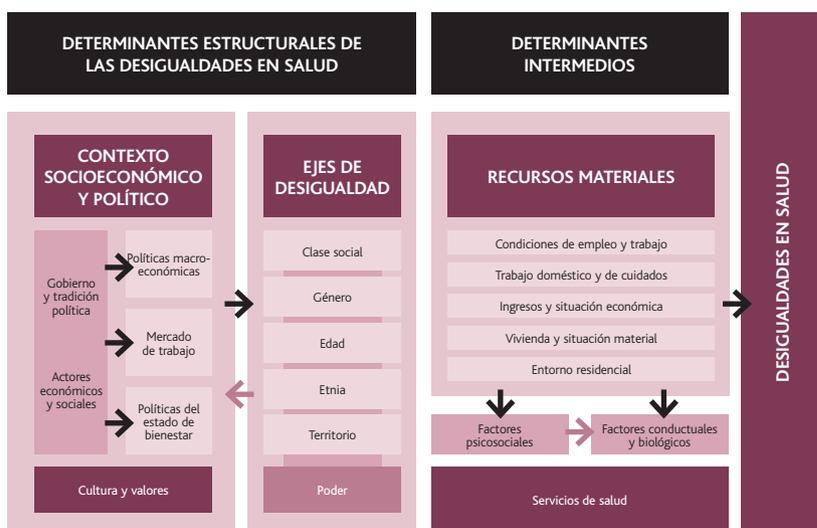


Figura 3. Determinantes del proceso salud/enfermedad. Fuente: Solar O, Irwin A. 2007. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra, OMS.

TABLA 1. INFLUENCIAS EN LA MORTALIDAD DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

Factor	Influencia en la mortalidad	Gastos en el sector salud
Estilo de vida	43%	1,2 %
Biología humana	27%	6,9%
Medio ambiente	19%	1,5%
Sistema sanitario	11%	> 90%

Desigualdades sociales en salud

Las enfermedades no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos. Utilizamos el término desigualdad social en salud (DSS) para traducir el inglés de *inequity in health*, es decir, la falta de equidad en la distribución de la enfermedad (según el Diccionario de la lengua española, de la Real Academia Española, iniquidad tiene dos significados: injusticia grande y maldad).

Desigualdad en la salud: diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente³.

Entre las variables que están demostradas que inciden en la morbilidad, podemos destacar el lugar donde se vive. Pero la patología geográfica que está causada por variables de lugar no solo depende de factores medioambientales físicos y ecológicos, sino también humanos, culturales, económicos, políticos e históricos, ya que el medio es un antroposistema físico y social⁴.

Factores medioambientales físicos

Sin duda, las condiciones del medio ambiente (clima, aguas, fauna, catástrofes naturales etc.) tienen trascendencia en la salud.

Factores climáticos

La variación en la morbilidad y mortalidad en las distintas estaciones del año evidencia una relación entre temperatura y salud; el efecto del calor y el frío excesivos asociados con otros hechos climáticos como la mayor o menor humedad produce estrés bioclimático⁵, que se traduce en malestar y enfermedad. Cuando se producen olas de calor o de frío intensas y mantenidas en el tiempo, se origina un aumento de la mortalidad, especialmente en personas mayores.

Factores hidrográficos y geológicos

Los ríos pueden ser vías de contaminación y de impacto a gran distancia por escapes de industrias. Y también pueden ser fuentes de salud por la riqueza que generan.

Las catástrofes naturales, como los sismos, las erupciones volcánicas, los huracanes, las avalanchas e inundaciones, junto con las condiciones económicas, son, en muchas ocasiones, causa de morbilidad y mortalidad masiva.

Factores humanos

El sexo, la edad, la personalidad, las condiciones de vida y la experiencia vital de cada uno hacen que las relaciones entre el hombre y el entorno físico y social afecten de forma distinta a la salud y la enfermedad.

Factores demográficos

Género: el género, históricamente, siempre ha marcado diferencias en salud por el componente biológico y, sobre todo, por la diferencia de roles que marca cada cultura.

Edad: es el factor biológico más importante en la morbilidad y mortalidad. Las personas mayores mueren más y por causas diferentes a los jóvenes. Sin embargo, la edad también está influyendo en la forma de enfermar y en el aumento de la morbilidad por causas sociales relacionadas con los comportamientos (accidentes de tráfico, alcohol, sida, etc.).

Estado civil: unido al factor sexo, presenta a los hombres viudos y solteros de la tercera edad como la población más frágil y con más riesgos de enfermedades.

Densidad demográfica: el hacinamiento en determinadas áreas o en las viviendas no solo aumenta el riesgo de contagio, sino que puede ser causa de enfermedad mental, estrés, ansiedad, depresión. Los recursos pueden llegar a ser insuficientes y dar paso a oleadas de violencia.

Composición familiar: hay algunos estudios que demuestran que las familias monoparentales presentan más riesgos de enfermedad infantil y que las personas que viven solas tienen más riesgos de enfermedad.

Las migraciones: tienen unas implicaciones claras en la difusión de las enfermedades. La falta de unión con el espacio, con la cultura, con la lengua que pueden tener los inmigrantes puede ocasionar desarraigo, y este genera malestar psicológico e inseguridad, que son factores de riesgo de morbilidad. Tienen acceso a trabajos más precarios y por consiguiente a un nivel de vida más bajo.

Factores socioeconómicos y culturales

El nivel educativo: es un factor determinante que suele estar relacionado con los niveles económicos.

Áreas geográficas con especialización laboral (minería, pesca, metalurgia, etc.): tienen patologías distintas a las de otras zonas geográficas próximas. Por otra parte, hay una relación clara entre paro-precariedad laboral y enfermedad, debido al deterioro económico, a la inseguridad y al estrés.

Transportes: estos están permitiendo la mayor movilidad de las poblaciones, lo que incrementa el riesgo de contagios, de accidentes y de estrés.

Religión: los alimentos prohibidos, alcohol, carne de cerdo o de vaca, ayunos, rechazo a transfusiones, mutilaciones genitales, etc., pueden ser factores que incidan en el aumento o disminución de la salud de las personas que la practican.

Tensión social: la guerra, la mortalidad, el hambre y la pobreza siempre han ido juntas.

Nivel económico: tiene una importancia clave en las diferencias de nivel de salud y riesgo de enfermedad, en las causas de morbilidad, mortalidad y en la utilización de los servicios sanitarios⁶.

Por otra parte, hay una relación clara entre paro-precariedad laboral y enfermedad, debido al deterioro económico, a la inseguridad y al estrés y al sufrimiento psíquico en el trabajo⁷.

Organización social y política: se ha comprobado que aquellos países que gastan más en salud no son los que mejores resultados obtienen (p. ej., Estados Unidos gasta un 14% del producto internacional bruto [PIB] y entre los países desarrollados es de los que peores resultados tiene en salud), por lo tanto la forma de gestionar los recursos es decisiva en la obtención de resultados.

Las estrategias de intervención para la mejora de los componentes de la desigualdad los resumimos en la tabla 2.

Enlaces de interés:

Guía de Salud Comunitaria: Asturias Actúa.

Geoffrey Rose.

El campo de la atención comunitaria

Una comunidad se define como una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir servicios y equipamientos comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.

Definimos 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»⁸.

La psicología social comunitaria considera los fenómenos de grupos, colectivos o comunidades a partir de factores sociales y ambientales, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la gente. La metodología que utiliza prioriza un enfoque territorial, participativo para quienes están involucrados en sus procesos de intervención, intentando generar cambios de largo plazo en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos.

Como bases fundamentales de esta propuesta, es posible identificar el trabajo en el terreno, aplicado sobre problemas concretos in situ (en el lugar de manifestación del fenómeno social), con un carácter participativo que permite involucrar a diversos actores en un contexto determinado, resguardando el protagonismo de los sectores más vulnerables en la búsqueda de sus propias soluciones.

TABLA 2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Componentes de la desigualdad	Estrategias de intervención
Factores estructurales Educación, renta, trabajo, empleo, riqueza, gasto, vivienda, medio ambiente	Reformas estructurales Potenciar la educación, sistema tributario diferencial, pleno empleo, redistribución, discriminación positiva, prestación de servicios sociales públicos, cambios medioambientales y vivienda pública
Conductas relacionadas con la salud Consumo: hábitos dietéticos, bebidas, tabaquismo, drogas, medicinas Actividades: conductas preventivas, actividades de riesgo, actividades sexuales y reproductoras, ejercicio	Políticas relativas a comportamientos Tasas, control y multas a sustancias dañinas Subsidios, promoción de alimentos y bebidas saludables y protección Promoción de la salud, educación para la salud Información transparente
Sistema de salud Problemas de disponibilidad en la accesibilidad, o coste Discriminación explícita o implícita Falta de salud pública y medidas preventivas Objetivos y monitorización inefectivos	Medidas de salud Acceso equitativo hacia los servicios de salud preventivos y curativos, promoción y educación para la salud, control de salud de los niños de ambos sexos, control de los grupos

Modificado de: Illsley R. Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths. *Isr J Med Sci.* 1989;264-270

Enlaces de interés:

**Pero ¿existe la medicina social? ¿Hay vida fuera de los hospitales?
Pero ¿cómo sabemos lo que necesita la gente?**

Un conjunto de personas trabajando juntas en torno a un proceso constituye un verdadero equipo de trabajo cuando, además de establecer una interdependencia entre sus funciones, consigue ser más creativo y productivo y resuelve los problemas mejor que si sus miembros actuaran de forma aislada^{9,10}. Aparece cuando existe una sinergia que consigue que los resultados del equipo sean superiores de la simple suma de sus resultados individuales¹¹.

A nivel interno de los servicios de salud, la participación comunitaria otorga un nuevo estilo de gestión, que se identifica como gestión participativa, junto a los trabajadores de salud, con el fin de fortalecer su identidad en el equipo de salud, el desarrollo de la organización y la calidad de los servicios.

En el nivel externo, la relación con la ciudadanía tiene como objetivo potenciar los espacios y capacidades de trabajo conjunto entre la comunidad y el equipo de salud¹².

Acciones comunitarias

Desarrollar espacios formales para el ejercicio de la participación de la comunidad en los diferentes momentos de la atención y gestión de salud.

En esta dimensión es necesario estimular el fortalecimiento de las organizaciones sociales y la articulación de redes.

Acciones intersectoriales

La intersectorialidad implica el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad de vida a la población.

La acción intersectorial demanda al sector salud no solo iniciativa, sino también receptividad. Es necesario responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias de acciones que se basen en un pensamiento intersectorial¹³.

Enlaces de interés:

Instituto Marco Marchioni.

AUPA.

Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: la figura es el fondo. Cuando el centro de salud no es el único centro de la salud.

Cómo iniciar un proceso de intervención/participación comunitaria desde un centro de salud.

Pero ¿realmente existen actividades comunitarias en el mundo? ¿Y en España?

Los equipos de salud comunitarios generarán sus propios modelos y formas de participación e intersectorialidad, expresando diversos caminos posibles, avanzando progresivamente hacia un trabajo integrador¹⁴.

Los profesionales sanitarios. La atención psicosocial

El desarrollo de la AP ha enfrentado contradicciones importantes que dificultan en parte el cumplimiento de sus propios objetivos. Aunque declara descentrar la enfermedad y atender las necesidades en salud, en la práctica se ha asentado sobre importantes vacíos teóricos, metodológicos y prácticos¹⁵ que limitan la potencia de esta concepción (la Atención Primaria de salud) y sus posibilidades de innovar el modelo previo centrado en la asistencia sanitaria.

La base de la concepción de la AP puede resumirse en un breve texto de H. Wuori, citado en Martín Zurro¹⁶: «Pasar de un objetivo centrado en la enfermedad a uno centrado en la salud; de la curación, a la prevención y el cuidado; del tratamiento, cuidado esporádico y problemas específicos, a la promoción de la salud, cuidado continuo y global; de especialistas médicos y práctica individual, a médicos generales, otros profesionales y trabajo en equipo; de una responsabilidad centrada en el sector sanitario aislado con dominio del profesional y recepción pasiva de los cuidados, a la colaboración intersectorial, la participación comunitaria y la autorresponsabilidad». Y así, cuando pensamos en la formación del médico de familia y otros profesionales de AP, advertimos que el eje de su formación no conduce al perfil que requiere este planteamiento¹⁷.

Muchas frases cotidianas pronunciadas hoy por los médicos de AP ponen de manifiesto altos grados de malestar y desgaste, y las investigaciones al respecto arrojan datos preocupantes^{18,19}. Ya desde su período de formación, los residentes muestran claros indicios de desilusión y desgaste, instaurándose el síndrome de «la falta de tiempo» y el aumento de la frecuentación, vividos con resignada fatalidad. Ante esto, la dimensión comunitaria no puede ser pensada como parte necesaria de una atención integral y eje del desarrollo del protagonismo en el cuidado de la salud. Más bien se percibe como «un plus de trabajo» cuya realización plantea conflictos o indiferencia en los equipos.

Y sin embargo muchas de nuestras consultas, como médicos de AP, a menudo las que más nos desgastan, se originan por problemas de salud que no requieren para su abordaje una intervención estrictamente biomédica, y agravan el círculo de hiperfrecuentación, impotencia y desgaste. Contar con una concepción teórico-metodológica sobre la vida cotidiana se demuestra como un instrumento de gran utilidad²⁰.

1. OMS. Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/notasFinales.htm#11>.
3. Asturias Actúa en salud. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua-en-salud/>.
4. Indicaciones para desarrollar los criterios metodológicos de proyectos de participación comunitaria. En: Instituto Madrileño de la Salud Área 1 de Atención Primaria. Guía de Promoción de Salud para Agentes de Salud Comunitarios; 2010. p. 31-52.
5. Besancenot JP. Premières dones sur les stress biomatiques mohines en France. *Annales de Géographie*. 1974;459:497-530.
6. Duran MA. Desigualdad social y enfermedad. Madrid: TECNOS; 1983. p. 64.
7. Dejours C. Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal. Madrid: Editorial Modus Laborandi; 2009.
8. Recomendaciones PACAP de cómo iniciar actividades comunitarias desde un centro de salud. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/criterios.html>.
9. Borrell F. Cómo trabajar en equipo y relacionarse eficazmente con jefes y compañeros. Barcelona: Ediciones Gestión 2000. S.A.; 1996.
10. Kotler JP. Why transformation efforts fad. *Harvard Business Review*. 1995;74(27):26.
11. Canetti A, Da Luz S. Enseñanza universitaria en el ámbito comunitario. Desafíos y propuestas para la formación de recursos en el área de la salud. Montevideo; 2003.
12. OPS/OMS. Planificación local participativa. Washington: OPS; 1999.
13. Education and training in health Promotion and health Education. Education and Promotion. París: UIPHE; 2000. VII: 1.
14. Pérez MJ, Echauri M. La formación continuada de profesionales de atención primaria de salud en promoción de salud. *Tribuna Docente de Medicina de Familia*. 2001;3 (2):19-31.
15. Cucco M. Paradigmas predominantes en la Atención Primaria de Salud. X Encuentro de Psiquiatría Social. La Habana; 1999.
16. Martín A, Cano F. Manual de Atención Primaria. Barcelona: Editorial Doyma; 1984.
17. OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. 1994. Comunidad. 1998(1):52-62. Disponible en: <http://www.pacap.net>.
18. Aguiló E. Propuestas para abordajes formativos dirigidos a médicos de familia, desde la metodología de los procesos correctores comunitarios. Tesina para la Especialización en Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. La Habana; 2004.
19. Aguiló E. La metodología de los procesos correctores comunitarios en la formación de médicos de familia: experiencias y posibilidades. Congreso Internacional de Grupo Operativo; 2005. Disponible en: <http://www.area3.org.es>.
20. Cucco M, Córdoba MD, Rebollar M. La intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Aportes de la Metodología de los ProCC. Madrid: Ed. Nuevos Escritores; 2010.

Cuestionario de evaluación (respuesta única)

Para evaluación contactar con pacap@samfyc.es

1. **¿A qué nos referimos al hablar de salud comunitaria?**
 - A. La atención que se brinda a la comunidad, basada en la identificación de problemas de salud; los mismos que servirán como base para la planeación de actividades relacionadas con promoción para conservar la salud.
 - B. El trabajo de campo individual de las asociaciones e instituciones de la comunidad.
 - C. Prevenir enfermedades derivadas con los riesgos identificados con actividades educativas encaminadas a colaborar en la solución de los problemas identificados.
2. **¿En qué consiste una actividad comunitaria en salud?**
 - A. Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que está dirigida a promover la salud.
 - B. Actividad dirigida a curar la enfermedad, incrementar la calidad de vida y el bienestar social.
 - C. Las actividades desarrolladas desde los centros de Atención Primaria para capacitar en salud a los pacientes.
3. **¿Qué nos puede aportar trabajar con un enfoque comunitario?**
 - A. Mejorar el trabajo de campo individual de las asociaciones e instituciones de la comunidad.
 - B. Conseguir un movimiento colectivo de la comunidad para aumentar el control sobre los determinantes de la salud.
 - C. Además de establecer una interdependencia entre las funciones del grupo, consigue ser más creativo, productivo y resuelve los problemas mejor que si sus miembros actuaran de forma aislada.
4. **¿Qué necesitamos para desarrollar la participación comunitaria?**
 - A. Esfuerzo de la comunidad para valorar sus necesidades de salud.
 - B. Movimiento colectivo de la comunidad para aumentar el control sobre los determinantes de la salud.
 - C. Todas son correctas.
5. **¿Qué tipo de formación no necesitamos en Atención Primaria para ser profesionales en el abordaje comunitario de los problemas de salud?**
 - A. Desarrollar capacidades de comunicación en relación con otros profesionales, la comunidad con la que se trabaja y los gestores y directivos de la institución.
 - B. Desarrollar un enfoque capacitante en relación con los usuarios y no profesionales, que facilite el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.
 - C. Formación en excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos).
6. **¿Cómo no capacitamos en salud a la población?**
 - A. No es preciso el acceso a los procesos políticos que configuran las políticas públicas que afectan a la salud.
 - B. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.
 - C. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.
7. **¿Qué es una acción comunitaria para la salud?**
 - A. Se trata del esfuerzo de la comunidad para valorar sus necesidades de salud.
 - B. El trabajo de campo individual de las asociaciones e instituciones de la comunidad.
 - C. Movimiento colectivo de la comunidad para aumentar el control sobre los determinantes de la salud.
8. **¿Qué implica una estrategia de promoción para la salud?**
 - A. Que esté dirigida por los equipos de Atención Primaria.
 - B. Cada institución plantea su estrategia.
 - C. Intervención con la comunidad.
9. **¿Cómo se ha de desarrollar la participación comunitaria desde las administraciones sanitarias?**
 - A. Potenciando el desarrollo de actividades comunitarias con participación de Atención Primaria, que incluya varios ejes estratégicos, entre los cuales tiene que estar la formación de profesionales y la elaboración de materiales de apoyo.
 - B. Las comunidades autónomas no necesitan promover la coordinación intersectorial, especialmente la alianza estratégica entre los profesionales de Atención Primaria y los de salud pública.
 - C. Coartando actividades formativas y de asesoramiento para el desarrollo de actividades comunitarias.
10. **¿Cuándo no desarrollamos la participación comunitaria desde nuestros centros de Atención Primaria?**
 - A. Cuando tomamos decisiones compartidas con el paciente.
 - B. Con la historia clínica contextualizada y compartida con especialidades y trabajadores sociales.
 - C. Cuando desconocemos el inventario de recursos comunitarios de nuestra zona.