Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería

Las representaciones sociales y las prácticas en intervención comunitaria en salud de los profesionales sanitarios de atención primaria

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Francisca Mª García Padilla

Fecha de lectura: 25 de mayo de 2017

Bajo la dirección de la doctora

Mª Dolores González de Haro

Huelva, 2017

CC BY NC ND

Universidad de Huelva

TESIS DOCTORAL

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LAS PRÁCTICAS EN INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: FRANCISCA Mª GARCÍA PADILLA

Año 2017

Universidad de Huelva

TESIS DOCTORAL

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LAS PRÁCTICAS EN INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: FRANCISCA Mª GARCÍA PADILLA

Directora: Prof. Dra. Mª DOLORES GONZÁLEZ DE HARO

Programa de Doctorado: CIENCIAS DE LA SALUD

Año 2017

A todas aquellas enfermeras que se ilusionaron con la reforma de Atención Primaria, para que, como dijo Isabel Allende, tengan memoria selectiva para recordar lo bueno, prudencia lógica para no arruinar el presente, y optimismo desafiante para encarar el futuro.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a la Directora de Cuidados del Distrito Sanitario Huelva-Costa, Dª Antonia Beatriz Valderrama, por las facilidades para acceder a los centros visitados con motivo del desarrollo de este proyecto.

A todos los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica (U.G.C.) de Los Rosales, Adoratrices y El Torrejón por la buena acogida, por la fácil integración de una persona ajena a la institución que ha estado inmiscuyéndose en su ejercicio profesional diario y por el tiempo dedicado.

Especialmente a aquellos profesionales y compañeros/as que han ejercido el papel de Cicerones/as para que mi estancia fuera más agradable y efectiva:

- A Juan Domínguez, Coordinador de Cuidados de la U.G.C. de Los Rosales.
- A Águeda Valverde y Carmen Mancebo, Enfermeras de la U.G.C. Los Rosales
- A Sonia García Navarro y Gema Sánchez, Enfermeras Gestoras de Caso (E.G.C.) de la U.G.C. Los Rosales y Adoratrices, respectivamente, con las que he compartido tiempo e ideas.
- A Chelo Revilla y Josefa García, Trabajadoras Sociales de las U.G.C. Los Rosales y El Torrejón, respectivamente, por sus conocimientos, claridad expositiva y generosidad informativa.
- A mi amiga Mª Ángeles Serrano Romero, Enfermera de U.G.C. Adoratrices y a mi amigo Luís Domínguez Bonet, Enfermero de U.G.C. El Torrejón con los que me siento especialmente en deuda

RESUMEN

La Intervención Comunitaria es definida como "El conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos" (RD 1030/2006, p. 32658)

Conocer los significados que los/as profesionales atribuyen a la Intervención Comunitaria es imprescindible en el intento de entender el por qué de la situación de esta vertiente de la Atención de Salud. Consciente de que hay diversas perspectivas teóricas para aproximarnos al entendimiento de las creencias, conocimientos, concepciones, símbolos…, en esta tesis se ha optado por recurrir al concepto central de Representación Social como herramienta analítica para descifrar la construcción de significados desde la perspectiva de Moscovici. Las Representaciones Sociales que tienen los/as profesionales sanitarios/as de Atención Primaria sobre la Intervención Comunitaria ha sido nuestra primera unidad de análisis. La práctica comunitaria conforma la segunda unidad de análisis.

El objetivo general de esta investigación ha consistido en: Observar, comprender e interpretar las representaciones sociales y la práctica sobre Intervención Comunitaria en Salud en el ámbito de Atención Primaria de Huelva.

La metodología utilizada ha sido el enfoque cualitativo procesual desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada y la perspectiva Fenomenológica, lo que ha facilitado el acercamiento a los significados, opiniones, la práctica, la actitud y los símbolos que los/as profesionales sanitarios/as de Atención Primaria le otorgan a la Intervención Comunitaria de Salud como una de las dimensiones de trabajo. La Observación Participante, la Entrevista y la Asociación Libre de Ideas, son las técnicas utilizadas para recoger la información de profesionales de Medicina, de Enfermería, incluídos los que ocupaban cargos de gestión, Técnicos/as de los Distritos Sanitarios Huelva-Costa y Condado-Campiña así como docentes relacionados con la Salud Comunitaria.

El análisis de estas evidencias desde la perspectiva utilizada, nos ha permitido elaborar una Teoría sobre la Representación Social de la Intervención Comunitaria de los/as profesionales sanitarios/as de Atención Primaria.

Respectos a las *evidencias* encontradas, en la Teoría sobre la Representación Social, la información obtenida sitúa a los/as profesionales sanitarios/as en una pirámide en la que se observan cinco grados diferentes, desiguales y progresivos de representación de nuestro objeto de estudio. De menor a mayor grado de elaboración de la representación, la denominada *Representación Distante* en la que prevalece una visión demográfica, apoyada en el espacio y en los/as destinatarios/as que acoge el discurso de trabajar *en* la comunidad, pero no *con* la comunidad.

Los elementos sobre los que se sustenta el siguiente grado de representación son el propósito y unos/as destinatarios/as específicos/as. La prevención y los grupos de riesgo acotan el grado de *Representación Biomédica.* Pero las actividades comunitarias son, mayoritariamente, Actividades de Educación para la Salud, por lo que se ha denominado *Representación Instrumental.*

Bajo el prisma de la *Representación Participada Social,* además de confirmar los propósitos y destinatarios/as del nivel anterior, se integran elementos básicos de la definición de Intervención Comunitaria: Educación para la Salud, Diagnóstico de Salud y actividades grupales, ponderando otra de sus principales herramientas: la Participación Comunitaria.

La Representación Integradora, más difícil de alcanzar es la representación más elaborada, conformada en aquellos/as informantes que tienen una amplia experiencia en el nivel de Atención Primaria y en Intervención Comunitaria. En su práctica ha habido o hay ejemplos continuos de actividades comunitarias y de trabajo intersectorial, aunque no lo denominen así, pero en su discurso señalan la importancia del trabajo con los líderes de la comunidad, con las fuerzas vivas como elemento principal de avance.

En cuanto a los elementos que perfilan la práctica comunitaria en Atención Primaria de Huelva, *podemos concluir* que el examen de la realidad nos ha puesto de manifiesto la existencia de un deficiente perfil comunitario. La orientación del trabajo en los Centros de Salud adolece de una escasa dimensión comunitaria deseada. De los siete indicadores utilizados para la evaluación de la práctica comunitaria en los centros de Atención Primaria (Organización del trabajo, Diagnóstico de Salud Comunitario, Equipo Básico de Atención Primaria, existencia de algún/a responsable, Participación Comunitaria, Trabajo Intersectorial, características de las actividades comunitarias) tan sólo uno alcanza una valoración aceptable: la realización de actividades comunitarias.

INDICE

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LAS PRÁCTICAS EN INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN **18**

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN **21**

CAPÍTULO 1. INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS. **23**

1.1. Concepto de Intervención Comunitaria en Salud. 25
1.2. La Promoción de la Salud como objetivo de la Intervención Comunitaria. 28
1.3. Las personas destinatarias de la Intervención Comunitaria. 31
1.4. La Participación Comunitaria 33
1.5. El Diagnóstico de Salud Comunitario Participativo. 37
1.6. La Educación para la Salud. 38
1.7. El Trabajo Intersectorial. 39
1.8. Las Metodologías de Intervención Comunitaria. 40
1.8.1. El Desarrollo Comunitario (DC) 41
1.8.2. La Investigación-Acción-Participativa (I-A-P) 42
1.8.3. La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) 43
1.8.4. Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) 44

1.9. La Evidencia Científica de la Intervención Comunitaria en Salud 46
1.9.1. Intervenciones Comunitarias sobre Promoción de salud y estilos de vida saludable en general. 49
1.9.2. Intervenciones Comunitarias para la Promoción de la actividad física 51
1.9.3. Intervenciones Comunitarias para la Promoción de una sexualidad saludable y la prevención de embarazos no deseados. 54
1.9.4. Intervenciones Comunitarias sobre hábitos tóxicos 56

1.9.5. Intervenciones Comunitarias en el área de Salud Materno-Infantil 58
1.9.6. Intervenciones comunitarias para la prevención de los accidentes. 59
1.9.7. Otras Intervenciones Comunitarias. 62

CAPÍTULO 2: EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y SU APLICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD. 65

2.1. Concepto y funciones de las Representaciones Sociales. 68

2.2. La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici 71

2.2.1. La construcción de las Representaciones Sociales. 72
2.2.2. Las dimensiones de las Representaciones Sociales. 74

2.3. Los enfoques en el estudio de las Representaciones Sociales. 75

2.4. La investigación de las Representaciones Sociales en el ámbito de las Ciencias de la Salud. 78

2.4.1. La Teoría de las Representaciones Sociales y su utilización en el área de la Salud Comunitaria. 79
2.4.2. La producción científica en Intervención Comunitaria en Salud. 82

CAPÍTULO 3: LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE ESPAÑA Y ANDALUCÍA 99

3.1. La legislación reguladora de la Intervención Comunitaria en Salud en los servicios sanitarios. 101

3.1.1. Precedentes de la Ley General de Sanidad de 1986. 102
3.1.2. La Ley General de Sanidad. 104
3.1.3. Las disposiciones legislativas posteriores. 110

3.1.3.1. La Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad

del Sistema Nacional de Salud. 110
3.1.3.2. La definición de la cartera de servicios comunes en el Sistema Nacional de Salud. 111
3.1.3.3. La reforma del Estatuto de Autonomía y la Ley de Autonomía Local de Andalucía. 113
3.1.3.4. La ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. 115
3.1.3.5. Real Decreto 16/2012 de 20 de abril de 2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. 118
3.1.3.6. Ley 27/2013 de Racionalización Sostenibilidad de la Administración Local. 119
3.2. Las líneas estratégicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) 120
3.2.1. Los planes de salud y de calidad de la Junta de Andalucía. 121
3.2.2. La cartera de servicios y los contratos-programa del Servicio Andaluz de Salud (SAS). 129
3.2.3. Los planes integrales y otros planes de la Consejería de Salud de Andalucía. 134
3.2.4. Las estrategias, programas de salud y proyectos de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud. 136
3.3. La formación de los/as profesionales sanitarios/as en Intervención Comunitaria. 142
3.3.1. Las Especialidades de Medicina y Enfermería. Antecedentes y situación actual. 143
3.3.2. La Formación en Atención Comunitaria de Medicina y Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior. 156

3.4. El nivel de Atención Primaria como contexto sanitario preferente para la Intervención Comunitaria en Salud. 161
3.4.1. Líneas de acción e investigación sobre Intervención Comunitaria en Salud en los centros de Atención Primaria españoles. 165

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN 178

CAPÍTULO 4: EL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 180

4.1. El planteamiento de los problemas de investigación y los objetivos a alcanzar. 182
4.2. El enfoque de investigación. 183
4.3. El trabajo de campo. 188
4.3.1. El escenario de investigación. Unidades de observación y análisis. 188
4.3.2. El proceso de recogida de información: Técnicas y perfil de Participantes informantes. 190
4.3.2.1. Observación Participante. 191
4.3.2.1.1. Selección de centros. 193
4.3.2.2. Entrevista. 194
4.3.2.2.1. Perfil de personas informantes. 196
4.3.2.3. Técnica de Libre Asociación de Ideas. 201
4.3.2.3.1. Selección de participantes. 202
4.3.3. El procesamiento, análisis e interpretación de la información. 203
4.4. Consideraciones éticas de la investigación. 209

TERCERA PARTE: INFORME DE INVESTIGACIÓN **211**

Abreviaturas utilizadas en el Informe de Investigación. 214

CAPÍTULO 5. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD **215**

5.1. El significado atribuido a la Intervención Comunitaria. 217

5.1.1. La Intervención Comunitaria a través de sus propósitos. 225

5.1.2. La Intervención Comunitaria a través de sus destinatarios/as. 230

5.1.3. La Intervención Comunitaria a través de sus herramientas. 234

5.1.3.1. La Educación para Salud como expresión de la Intervención Comunitaria. 235

5.1.3.2. La Participación Comunitaria como elemento esencial en la Intervención Comunitaria. 239

5.1.3.3. La identificación de las necesidades de salud de la comunidad. 245

5.1.3.4. El papel que desempeña el trabajo intersectorial y el trabajo en equipo en la Intervención Comunitaria. 249

5.2. ¿Quiénes deberían ser los/as responsables de la Intervención Comunitaria en el Equipo Básico de salud? 252

5.3. La valoración de la Acción Comunitaria. 258

5.4. La orientación comunitaria de la Atención Primaria de salud desde la perspectiva profesional. 265

CAPÍTULO 6. LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA **273**

6.1 La Intervención Comunitaria en los centros de Atención Primaria de Huelva. 275

6.1.1. La Organización del Trabajo en Atención Primaria en Huelva. 275

6.1.2. El diagnóstico de salud comunitario. 280

6.1.3. El Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) 282

6.1.4. La responsabilidad de la Intervención Comunitaria en los centros de Atención Primaria. 285

6.1.5. El protagonismo de la comunidad en las Unidades de Gestión Clínica. 286

6.1.6. El trabajo con otros sectores en Atención Primaria. 289

6.1.7. Las actividades comunitarias y sus características. 292

6.1.8. La implementación de la evidencia científica en las acciones comunitarias en el contexto onubense. 307

6.2. Factores que dificultan y favorecen el desarrollo de la acción comunitaria en los centros de Atención Primaria de Huelva. 313

6.2.1. La orientación asistencialista del Sistema Sanitario. 313

6.2.2. Las condiciones de trabajo. 316

6.2.3. La actitud de la población. 319

6.2.4. La formación en Salud Comunitaria. 321

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN **325**

7.1. Limitaciones del estudio. 327

7.2. Síntesis de evidencias. 328

7.3. Líneas futuras de investigación 336

CAPÍTULO 8. FUENTES DE LA TESIS DOCTORAL **339**

8.1. Referencias Bibliográficas. 341

8.2. Referencias Legislativas. 392

8.3. Otras fuentes bibliográficas consultadas. 403

ANEXOS **413**

Anexo 1. Proyecto del III plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía.

Anexo 2. Tríptico del curso para la especialidad de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP).

Anexo 3. Programa del curso de especialización de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

Anexo 4. Mapa de Atención Primaria de Huelva.

Anexo 5. Notas de campo de la técnica de Observación Participante. En CD adjunto.

Anexo 6. Diario de campo de la técnica de Observación Participante. En CD adjunto.

Anexo 7. Guión utilizado en las Entrevistas.

Anexo 8. Modelo de consentimiento informado.

Anexo 9. Grabaciones y transcripciones literales de las Entrevistas. En CD adjunto.

Anexo 10. Hoja de registro de la Técnica de Asociación Libre de Ideas.

Anexo 11. Protocolo de transcripción.

Anexo 12. Informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Huelva.

Anexo 13. Tabla de evidencias por tipo de profesional y apartado del capítulo 5.

Anexo 14. Términos generados a través de la Técnica de Asociación Libre de Ideas, agrupados según categorías de análisis.

Anexo 15. Lista de códigos.

Anexo 16. Tabla de concurrencia códigos y familias del análisis de Atlas.ti.

Anexo 17. Tabla de evidencias por tipo de profesional y apartado del capítulo 6.

10. RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

CAPÍTULO 1.

Figura 1. Estrategias para la Promoción de la Salud. Fuente: Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Noviembre 1986.

Figura 2. Propuesta de tipología de trabajo Intersectorial. Fuente: Solar, Valentine, Rice, & Albrecht (2009). Promoting Health and development: Closing the implementation gap. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, 2009.

Figura 3. Proceso de Investigación-Acción-Participativa. Fuente: Latorre, A. (2003). La investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa. Barcelona. Editorial Grao.

Figura 4. Ciclo de APOC. Fuente: Kark, S. & Abramson, J.H. (1993). Proceso de desarrollo de una práctica de APOC. En Kark, S.L., Kark, E., Abramson, JH. Gofín, J. Atención Primaria orientada a la comunidad. (p. 27-38). Barcelona. Ediciones Doyma.

Figura 5. Metodología de los Grupos Formativos según el modelo de Mirtha Cucco (2009). Elaboración Propia.

Figura 6. Contenidos abordados en las Revisiones Sistemáticas sobre Intervenciones Comunitarias en Salud.

Figura 7. Contenidos de las Intervenciones Comunitarias con Evidencia Científica.

CAPÍTULO 2.

Figura 8. Distribución de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud por país de origen.

Figura 9. Distribución de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud según población de estudio.

Figura 10. Frecuencia de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud según técnica de recogida de datos utilizada.

Figura 11. Representaciones Sociales del ejercicio de la Psicología Comunitaria desde la perspectiva de los usuarios/as. Fuente: Castillo & Winkler (2010, p.40).

Tabla 1. Análisis documental de la producción científica sobre representaciones sociales en Intervención Comunitaria en Salud

Tabla 2. Distribución de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud por año de publicación.

Tabla 3. Distribución de los documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud por la categoría temática.

CAPÍTULO 3.

Figura 12: Fuente: Pineault, R. & Daveluy, C. (1989). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y Estrategias. (2ª edición). Barcelona. Masson SG.

Tabla 4. Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud desde 1999 a 2007

Tabla 5. Distribución temporal de la publicación de los diferentes documentos oficiales de la Consejería y Servicio Andaluz de Salud. Elaboración propia.

Tabla 6. Planes y estrategias de la Consejería de Salud de Andalucía. Elaboración propia.

Tabla 7. Programación docente en Atención Comunitaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Objetivos. Fuente: BOE nº 105, martes 3 de marzo 2005, p.15217-15218

Tabla 8. Programación docente en Atención Comunitaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Actividades Docentes. Fuente: BOE nº 105, martes 3 de marzo 2005, p. 15217-15218

Tabla 9. Amenazas y oportunidades de lo comunitario en el Sistema Sanitario Español. Fuente: Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. & Domínguez Bidagor, J. (2006) Reflexiones sobre <<lo comunitario>> en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria,* 38(8), 423.

Tabla 10. Fortalezas y debilidades de lo comunitario en el Sistema Sanitario Español. Fuente: Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. & Domínguez Bidagor, J. (2006) Reflexiones sobre <<lo comunitario>> en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria,* 38(8), 423.

Tabla 11. Facilitadores y dificultades para el desarrollo de proyectos comunitarios. Fuente: López Torrent, E., Forcada Vega, C., Miller, F., Pasarín Rua, M.I., Foz Gil, G., & o. (2010). Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de Atención Primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 42(4), 218-225.

CAPÍTULO 4

Figura 13. Plan analítico de la investigación.

Figura 14. Distribución según el puesto profesional que ocupan en el equipo básico de salud de los informantes en la Técnica de Asociación Libre de Ideas.

Figura 15: Estrategia analítica utilizada en el análisis de la información sobre las prácticas comunitarias en Atención Primaria

Tabla 12. Criterios de selección de las personas informantes

Tabla 13. Perfil de las personas informantes en las entrevistas.

Tabla 14. Distribución de los/as profesionales participantes en la Técnica de Asociación Libre de Ideas por zonas de Huelva.

CAPÍTULO 5

Figura 16: Red de la Representación Social sobre Intervención Comunitaria en Salud de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Huelva. Atlas.ti.

Figura 17: Red de códigos de la Categoría Propósito de la Intervención Comunitaria. Atlas.ti.

Figura 18: Red de códigos de la categoría Destinatarios/as de la Intervención Comunitarias. Atlas.ti

CAPÍTULO 6

Figura 19: Distribución de Actividades Comunitarias por Centro de Salud.

Figura 20: Distribución de actividades comunitarias no derivadas de los programas y estrategias de la Consejería de Salud por Centro de Salud.

Figura 21: Frecuencia de Actividades Comunitarias según Temática.

Figura 22: Distribución de Actividades Comunitarias según población diana.

Figura 23: Distribución de Actividades Comunitarias intersectoriales por los sectores Implicados.

Figura 24: Tipología de las Actividades Comunitarias intersectoriales según la clasificación de Solar y cols. (2009).

Tabla 15: Distribución de Actividades Comunitarias por Centro de Salud.

Tabla 16: Objetivos de las Actividades Comunitarias.

Tabla 17. Perfil de los profesionales sanitarios que coordinan y ejecutan actividades comunitarias.

CAPÍTULO 7

Figura 25. Teoría elaborada sobre la representación social de la Intervención Comunitaria de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en Huelva.

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud es el eje central de esta Tesis Doctoral y la Atención Primaria el escenario de estudio. Después de casi 30 años, vuelvo a los intereses que se despertaron durante mi formación pre-grado y que han orientado mi ejercicio profesional. Aunque durante la mayor parte de mi carrera docente dentro de la materia de Enfermería Comunitaria he estado luchando con los contenidos de Epidemiología y la formación en investigación del alumnado de Enfermería desde la perspectiva cuantitativa, la reforma de los planes de estudio en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) me brindó la oportunidad de reorientar los contenidos de la asignatura de Enfermería Comunitaria II y planificar una materia centrada en la Intervención Comunitaria. Coincidió en ese momento, el inicio de la formación de doctorado y la difícil decisión de "sobre qué temática realizar la tesis doctoral". Creo que no pude tomar mejor opción: hacer coincidir mi nuevo centro de interés docente con una nueva línea de investigación. Hasta el momento no me he arrepentido, todo lo contrario. He disfrutado enormemente de mi reencuentro con la Atención Primaria, de la cercanía y ayuda de muchas compañeras de la asistencia, de las enseñanzas de los/as excelentes profesionales de los centros, del enriquecimiento de la docencia, del entusiasmo compartido con el alumnado, del trabajo en salud, del aprendizaje de nuevas formas de investigar, de la riqueza de la metodología cualitativa… Éstas han sido mis principales ganancias durante la andadura conducente al pretendido Grado de Doctora. Título, que por qué no decirlo, ansiado y propuesto como meta desde que en el año 1992 iniciara mis estudios de Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Muchos años han pasado también y no me lamento, aunque en el camino me haya entretenido en demasiados retos, proyectos y obligaciones. Todo, creo que ha contribuido, a que hoy el producto de un proceso de elaboración de la tesis, sosegado y reposado, sea el que es y no otro.

Tras esta dilatada singladura, por fin llego a la última estación de este largo viaje. No es la meta final, ni mucho menos, y sobre todo, porque aún me quedan muchos años de ejercicio profesional y muchas inquietudes investigadoras. Espero que las aportaciones de este trabajo puedan dar luz para una necesaria reorientación de la atención sanitaria, reclamada desde muchos organismos internacionales y profesionales, desde hace mucho tiempo.

Esta tesis doctoral se compone de siete capítulos organizados en tres partes, además del apartado de Fuentes de la tesis doctoral, los Anexos y la relación de Figuras y Tablas por capítulos.

La primera parte está referida al marco teórico de la investigación, compuesto por tres capítulos que describen los referentes de la Intervención Comunitaria y las Representaciones Sociales. El primer capítulo recoge los fundamentos teóricos, metodológicos y científicos de nuestro objeto de estudio, aportando como novedad los resultados de la revisión documental sobre las prácticas comunitarias con evidencia científica. El segundo capítulo se adentra en el estudio de las representaciones sociales y su aplicación en la Intervención Comunitaria de Salud. El análisis de la producción científica en esta área da impulso a la investigación que se presenta. El tercer referente de este marco teórico lo hemos buscado en la observación de la legislación que ampara a la Intervención Comunitaria en nuestro país y en las líneas estratégicas que el Sistema Sanitario Público de Andalucía emite en este campo, por ser el escenario que envuelve la realidad que vamos a estudiar.

La segunda parte de esta tesis doctoral nos desvela el diseño de la investigación: preguntas de investigación, objetivos, las unidades de análisis, técnicas, perfil de los/as informantes y el tratamiento de los datos.

Finalmente, se presentan los resultados del análisis de las Representaciones Sociales de los/as profesionales de Atención Primaria (capítulo 5), y del análisis de sus prácticas comunitarias (capítulo 6), llegando así, a las conclusiones y propuesta de líneas de investigación futuras que avivarán la continuidad investigadora.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS.

La Intervención Comunitaria es una de las dimensiones que debe componer la atención de salud que se presta desde los servicios sanitarios, aunque también es competencia de otras administraciones y servicios sociales. En esta tesis nos vamos a centrar en el desarrollo que la Intervención Comunitaria tiene en el nivel de Atención Primaria, como principal espacio de acción dentro del Sistema Sanitario en el contexto andaluz. A lo largo del capítulo, iremos describiendo los elementos conceptuales y metodológicos del objeto de estudio de este trabajo que nos permitirán orientar el proceso de búsqueda en la etapa empírica de nuestra investigación. Finalizando el mismo, con una revisión documental en una de las fuentes existentes sobre Intervenciones Comunitarias en Salud con evidencia científica, cuyo resultado también nos servirá de guía en el análisis de la práctica en nuestro contexto de estudio.

1.1. Concepto de Intervención Comunitaria en Salud

El surgimiento del enfoque comunitario, vinculado a la evolución de la concepción de salud, constituyó una respuesta al modelo clínico tradicional caracterizado por su enfoque hacia la enfermedad, de forma individualizada, tanto en su acción como en la explicación de los fenómenos y dónde la relación profesional-usuario era receptiva-pasiva (Costa & López, 1986). Diversos estudios demostraron la incompetencia de este modelo, siendo necesario recurrir a otros modelos que tuvierna como finalidad principal el optimizar los recursos existentes en la comunidad y en las personas que la conforman para el desarrollo de su salud. Este es el caso del modelo salutogénico. Nació así el nuevo paradigma de salud y un enfoque distinto de la atención de la misma, cuyos pilares surgían de la perspectiva de la Promoción de la Salud y del desarrollo de la Atención Primaria. En este contexto emerge el concepto de Salud Comunitaria como eje vertebrador de las actuaciones sanitarias encaminadas:

> Al mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y Promoción de la Salud, prevención y curación de la enfermedad, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad. (San Martín & Pastor, 1984, p. 233)

Afrontar los problemas de salud en este contexto depende, en gran medida de la colaboración entre diferentes sectores sociales y la participación comunitaria. Las bases fundamentales de la Intervención Comunitaria residen en:

> La visión epidemiológica de la salud-enfermedad, global e integrada…, la participación de la comunidad en la gestión de su propia salud, teniendo en cuenta la concepción que la gente tiene de su salud…, la intención educativa de todas las actividades de salud…, la planificación y evaluación de todas las actividades. (San Martín & Pastor, 1984, p. 234).

La orientación comunitaria en nuestros días se convierte en una opción clara para reducir las desigualdades en salud y ganar en calidad de vida de las personas. El Sistema Nacional de Salud español, así lo entiende e incorpora la atención comunitaria a su cartera de servicios, definiéndola como:

> El conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos (RD 1030/2006, p. 32658)

Otro concepto surge de una propuesta consensuada de definición de Intervención Comunitaria, que va a ser el origen de una amplia producción en investigación basada en la descripción del trabajo de los equipos de Atención Primaria en esta faceta de la atención:

> actividades de intervención y participación que se realizan 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 los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades (March & cols. 2011, p. 291)

Esta definición se presenta como una propuesta restrictiva de la amplia consideración de actividades de salud como comunitarias, limitándola a acciones que estén integradas en un programa y no sean actividades puntuales y aisladas, en las que la comunidad participe desde el inicio de la planificación de las mismas. De esta forma se excluyen aquellas acciones

dirigidas solamente al diagnóstico de problemas específicos de salud o a la prevención de un problema concreto y consultas individuales específicas o que siendo grupales se limiten únicamente a transmitir información mediante charlas o conferencias.

En estas últimas definiciones está claro el objetivo de la Intervención Comunitaria centrado en acciones de Promoción de la Salud que mejoren la calidad de vida y bienestar de las personas destinatarias. Éstas, en un caso aparecen identificadas de forma más genérica, como la comunidad, y en el otro concepto, se alude a las acciones sobre los grupos. Esta matización forma parte de la evolución conceptual del término comunidad, que nos hace referencia a actividades grupales y no acciones individuales, con el objetivo de promocionar la salud, potenciar la autonomía personal y la capacidad para la auto-gestión en todo lo referente a la salud. En este sentido, la Educación para la Salud cobra un especial protagonismo en la consecución de estos fines y se hace imprescindible en las acciones comunitarias.

Como ya nos aportaran Judge & Bauld (2001), las acciones con la pretensión de promover la salud van a aumentar su probabilidades de eficacia si están basadas en una teoría capaz de predecir los resultados a alcanzar. El modelo salutogénico enunciado por Antonovsky (1996) es un paradigma teórico positivo del bienestar y se convierte en el enfoque por excelencia en una orientación comunitaria de la intervención en salud por:

> la visión positiva de cómo generar salud…, la evidencia que demuestra la relación existente entre el <sentimiento de coherencia> y el abanico de resultados de salud…ofrece un indicador intermedio para estimar la propensión de una persona a controlar su destino. (Morgan, 2014, p.92).

Ofrecen dos revisiones sistemáticas del efecto de la teoría de Antonovsky sobre la salud y la calidad de vida, que han sustentado indiscutiblemente el modelo de activos enunciado por Morgan & Ziglio por primera vez en 2007. Este modelo ha servido de base para el programa Salud 2020 para la salud y el bienestar de la Organización Mundial de la Salud (2012).

La Intervención Comunitaria como proceso planificado ha de partir de un diagnóstico de las necesidades y problemas de salud, que incluya necesariamente la identificación de los recursos de la comunidad con especial interés, dentro del modelo de salud positiva, en la detección de los activos en salud, y por supuesto, en el que la participación de la comunidad

se palpe desde esta primera fase. Por lo tanto, la participación comunitaria es un proceso imprescindible en cualquier modelo de atención a la comunidad.

La consideración multi-causal del fenómeno salud-enfermedad, pone de manifiesto la necesidad de considerar el carácter intersectorial en el mantenimiento y de mejora de la salud de la población, no siendo posible dar respuesta a los problemas de salud únicamente desde el sector sanitario. En la Intervención Comunitaria se hace necesario un trabajo coordinado y complementario entre los distintos sectores de la sociedad y, específicamente, es fundamental el trabajo en equipo dentro de los dispositivos sanitarios de Atención Primaria.

Mencionados los elementos instrumentales, su combinación nos lleva finalmente a las distintas metodologías al uso para hacer efectiva la acción que nos ocupa. De esta forma, hablaremos de metodologías más globales y no exclusivas del trabajo en salud, como el Desarrollo Comunitario y la Investigación-Acción-Participativa, hasta métodos más concretos como los Procesos Correctores Comunitarios (proCC) y de aplicación en el ámbito de la Atención Primaria como la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

1.2. La Promoción de la Salud como objetivo de la Intervención Comunitaria

Las cinco estrategias planteadas en la Primera Conferencia Internacional celebrada en Ottawa (Canadá) para el trabajo activo en Promoción de Salud (OMS, 1986) han constituido el eje principal de los temas tratados en cada una de las conferencias mundiales posteriores (Figura 1). Lo que nos hace darnos cuenta de la vigencia y actualidad de esos contenidos a pesar del tiempo y de lo mucho que aún queda por hacer según el último informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2014).

Figura 1. Estrategias para la Promoción de la Salud. Fuente: Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Noviembre 1986.

En Adelaida (Australia) tuvo lugar la Segunda Conferencia Internacional (OMS, 1988) centrada en las políticas públicas para la salud. En ella se resalta el valor social de la salud y la responsabilidad compartida del sector sanitario con otros sectores, además de la necesidad de implicación de otros sectores con los que realizar alianzas en la formulación de políticas. Veinticinco años más tarde, esta estrategia vuelve a ser el centro de la última Conferencia Internacional de Promoción de Salud celebrada en Helsinki (Finlandia). El más reciente de los encuentros mundiales incide en el lema de la Salud en Todas las Políticas (OMS, 2013), ya utilizado en la Conferencia de la Unión Europea (UE) en Roma en 2007, y que además orientará la estrategia de salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía en su IV Plan de Salud (2013) y los objetivos de algunos de los programas promovidos desde la Consejería de Salud andaluza.

La Tercera Conferencia Mundial de Promoción de Salud celebrada en Sundsvall (Suecia) tuvo como tema central los ambientes favorables a la salud (OMS, 1991). Posteriormente, las sucesivas Conferencias Mundiales celebradas en Yakarta (1997), México (2000) y Bangkok (2005) fueron los escenarios donde se reafirmaron las prioridades y estrategias de Otawa. En México, sede de la Quinta Conferencia Internacional "los participantes expresaron la

preocupación de que tanto el gobierno como el sector sanitario todavía no comprenden la Promoción de la Salud basada en la comunidad" (OMS, 2000, p. 13).

En la Séptima Conferencia Internacional celebrada en Nairobi (Kenia) se incidió en las grandes dificultades existentes para llevar a cabo la Promoción de la Salud en todos los contextos (OMS, 2009). Desde aquí se plantean cinco estrategias para mejorar y ampliar su consecución: capacitación en Promoción de la Salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial en salud, empoderamiento comunitario y alfabetismo en salud y conductas en salud.

La implantación y seguimiento de estas estrategias tal vez hayan tenido más calado en ámbitos diferentes al sector sanitario, pues la Promoción de Salud, por su carácter intersectorial y contundente implica un cambio en general de la sociedad que tiene que ser mantenido y duradero, y dirigido esencialmente a mejorar la competencia de las personas en salud y optimizar el entorno y la sociedad en que viven (Pérez & Echauri, 1998; Regato, 1998). Ante es evidente el protagonismo compartido de la administración y de los profesionales sanitarios, su actuación ha de estar orientada a evitar la excesiva medicalización de la vida cotidiana, a romper las barreras actitudinales que nos hacen tender más hacia lo asistencial y a poner mayor énfasis en el desarrollo de políticas públicas saludables. Tal vez tendría cabida aquí la reflexión de Andreu Segura (2007) sobre la pertinencia del ámbito asistencial como el escenario idóneo para hacer efectiva la Promoción de la Salud.

Una de las dificultades más importantes con las que ha contado la implantación de los programas de Promoción de Salud ha sido la exigencia del conocimiento sobre su conveniencia y efectividad. El argumento de la mermada instauración de acciones de Promoción de la Salud por la escasa evidencia en este campo no se sustenta. Organizaciones como la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE, 2003), así lo avalan, mostrándose tajante ante la necesidad de acciones coordinadas entre el sector sanitario y otros sectores sociales para aumentar el impacto de las intervenciones en el cambio de conductas no saludables, así como sobre la necesidad de reforzar el liderazgo de los profesionales de la salud para conseguir entornos saludables mediante acciones comunitarias. En otras áreas, "la evidencia demuestra el éxito del sector sanitario en sus intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco y a abordar los problemas del

abuso del alcohol" (IUHPE 2003, p. 18). Así mismo, encontramos buenas aportaciones que nos facilitan recursos dónde localizar referencias de evaluaciones y revisiones sistemáticas sobre actividades de Promoción de Salud con enfoque comunitario, o nos orientan sobre la metodología más apropiada para la evaluación de estas intervenciones (AETS, 2002; Cofino & cols., 2005 y Morales & cols., 2008).

1.3. Las personas destinatarias de la Intervención Comunitaria

El concepto de comunidad como objeto de la atención comunitaria presenta diversos significados o connotaciones que se agrupan desde el punto de vista sociológico en dos perspectivas. Por un lado, el término comunidad posee una dimensión territorial/espacial conformado por un conjunto de personas que residen en un mismo lugar o zona. Y por otro lado, se le atribuye una segunda dimensión psicológica, que establece entre quienes integran la comunidad unas relaciones caracterizadas por sentimientos de fraternidad, identificación, unión…, moviéndoles intereses y valores comunes. Esta segunda perspectiva es la defendida principalmente por Ferdinand Tönies (1887), para quien la fuerza principal de la comunidad reside en la solidaridad. Para este sociólogo la concepción de la comunidad se plasma en el término Gemeinschaft, cuyas características se corresponden con un grupo de individuos en interacción permanente que comparten valores, aspiraciones, roles, en los que se crean vínculos emocionales y sociales, estando ligadas sus identidades individuales a la comunidad, y produciéndose una escasa movilidad tanto geográfica como social (Light, Keller y Callhoum1991, p. 230-234). Ambas perspectivas, espacial y psicológica, se armonizan en gran infinidad de definiciones encontradas sobre el término comunidad (OMS, 1974, p.8; San Martín & Pastor, 1984, p.52; Kisnerman, 1984, p.33; Marchioni, 1987, p.69; Turabian, 1992, p.23; Anderson & Carter, 1994, p.104-109; D. del Pino, 1996, p.124; Montero, 1998, p. 21; Escartín, 1998, p.116; PACAP, 2009…)

Sin embargo, la dimensión territorial se vuelve anacrónica con el desarrollo de la movilidad y de la tecnología de la comunicación, que permiten construir relaciones sociales fundadas en la coincidencia de intereses, ocupaciones y actividades, afectos entre individuos espacialmente separados (Kozinets, 2002). En este sentido los ciudadanos forman redes que trascienden las fronteras del vecindario y los límites urbanos llegando a ser consideradas

comunidades virtuales (Rheingold, 2000; Ridings & cols., 2002) potenciales aliadas para la Promoción de la Salud.

No obstante, son muchos los autores que acuñan la idea de que hemos sufrido lo que Fitcher denominó *pérdida de la comunidad* (Fichter 1982, p.131-132). Paralelamente con el nacimiento de diferentes movimientos sociales surge la necesidad de dar respuesta a problemas fundamentales de salud que, necesariamente implican responsabilidades sociales, económicas y políticas. Así, los Movimientos Feministas, Ecologistas, Sociales, Asociaciones de vecinos, Asociaciones de enfermos/as… se han creado en el intento de que haya una reconsideración de las decisiones, orientaciones políticas y sociales en diferentes ámbitos, como los de educación, salud, derechos humanos, etc… Por consiguiente, las demarcaciones territoriales o las actuales comunidades locales presentan una gran pluralidad de grupos y organizaciones entre los que se establecen gran variedad de necesidades, intereses y valores. De ahí que la comunidad no sea un núcleo homogéneo con el que se puede trabajar de forma unitaria.
Así se refleja en esta concepción de comunidad local:

> La comunidad local encierra una cantidad indeterminada de esferas, de funciones, de grupos sociales y otros fenómenos sociales, que posee innumerables formas de interacciones sociales y relaciones, así como de valores, y posee un aspecto institucional-organizador muy palpable (Köning 1971, cit. Aranda Regules, 1994, p. 205)

Desde esta perspectiva que considera la comunidad como sistema, en la que es necesario el correcto funcionamiento de cada una de sus partes y su interrelación, puede considerarse una comunidad saludable aquella que tiene "sectores interdependientes y bien conectados que comparten responsabilidad a la hora de reconocer y resolver los problemas y de mejorar el bienestar" (McCloskey & cols., 2011, p.5).

Esta corriente que resalta la heterogeneidad e intersectorialidad de la comunidad, parece no ser contemplada por los servicios de salud que al hablar de comunidad la circunscribe a delimitaciones geográficas, subordinando el sistema social al sanitario: "las unidades de administración, las zonas básicas, no son unidades sociales autónomas y definidas… las unidades o áreas administrativas unifican, rara vez coinciden con las áreas naturales o sociales" (Irigoyen 1994, p. 203). La admisión de esta postura de los servicios de salud, que

conciben la comunidad como una realidad evidente, perfectamente definible por parámetros poblacionales (sexo, edad, nivel de renta…) puede dificultar la tarea de plantear determinadas estrategias de intervención con y desde la comunidad.

En esta misma línea, otros autores abogaban por la desaparición de los eufemismos, que se acercan a un horizonte de utopía más que aproximarnos a la realidad social:

> Población, territorio, grupo, asociaciones… son conceptos bien dignos y útiles. Red social es una denominación técnica que permite suplir con ventaja a comunidad, poniendo de relieve las interacciones reales entre individuos y grupos (Canals 1994, p.94-95).

Entender estas redes es clave para planificar los esfuerzos de participación, identificar el liderazgo de una comunidad, comprender los patrones de comportamiento, identificar los grupos de alto riesgo, identificar los activos en salud y fortalecer sus redes.

En consecuencia, la aceptación de la desaparición de la comunidad hoy, nos lleva a considerar cualquier alusión comunitaria como un planteamiento estratégico desde los servicios de salud, mientras que desde un punto de vista operativo y pragmático, sería conveniente referirnos a las estructuras y grupos que constituyen la organización social de una comunidad local o población, aún contemplando las posibilidades comunitarias que trascienden los límites de un territorio, y que permiten que una persona esté inserta en una red de interdependencias que abarca la humanidad entera.

El conocimiento de la comunidad, de sus usos y costumbres, sus hábitos, su entorno, de su tejido social, las redes sociales… es un requisito imprescindible para una Intervención Comunitaria efectiva que permita a los agentes comunitarios establecer relaciones cordiales, identificarse con sus intereses y conseguir un participación real en el cuidado de su salud.

1.4. La Participación Comunitaria

La Intervención Comunitaria requiere de la participación activa de los miembros de la comunidad por diferentes y contundentes razones: para que la comunidad sea capaz de autogestionar su salud; para propiciar el desarrollo de los líderes comunitarios dentro de su

comunidad y capacitarlos como agentes multiplicadores de la salud; para detectar e integrar los activos en salud como recursos colectivos; para una mejor coordinación de los recursos comunitarios; para propiciar la creación de redes sociales; para posibilitar una mayor implicación de la ciudadanía en la construcción de lo público; para crear inteligencia colectiva que posibilite la toma de conciencia de la situación real de salud de la comunidad; para lograr su participación activa en la resolución de los problemas de salud desde la planificación, gestión y desarrollo de las acciones, logrando así su participación en la toma de decisiones. (Miller & Shinn 2005; o Minckler & Wallerstein 2009 & Henry 2011).

La participación comunitaria va más allá de la simple presencia física en las acciones programadas. La comunidad debe contribuir a la generación de ideas, estar implicada en la toma de decisiones y compartir la responsabilidad en el cuidado de la salud. Este no es un mecanismo espontáneo, requiriendo un proceso de aprendizaje y ciertos instrumentos y canales que lo hagan posible, y que permita que los miembros de la comunidad y las organizaciones perciban que los beneficios son superiores a los esfuerzos invertidos (Butterfoss, 2006). La participación comunitaria es "un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tiene que ver con sus intereses y necesidades, entre otras la de salud*"* (Astray 2003, p.447). Esta afirmación implica la cesión de poder, hecho que ha dificultado precisamente los procesos de participación desde la propia administración y desde los/as profesionales, por miedo a la pérdida del mismo. Desde esta perspectiva, el protagonismo lo tiene la comunidad, lo que requiere la reorientación del trabajo de los/as profesionales sanitarios/as hacia un enfoque colaborativo. En este sentido, si la salud es un recurso imprescindible para la vida y está condicionada por múltiples factores, mantener la salud, promocionarla, prevenir los problemas o enfermedades e intervenir sobre ellos, exige un planteamiento intersectorial, donde los recursos sanitarios son uno más y, en muchos casos, no son, necesariamente los más importantes. Por consiguiente, esta visión global de la salud es imprescindible para dar respuesta a las necesidades de salud de la comunidad. Esto implica el trabajo intersectorial desde los servicios y recursos existentes: el tejido asociativo y la población general, los/as técnicos/as y profesionales de los diferentes servicios que operan en el entorno, la administración local y autonómica, imprescindible porque de ella depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación. El éxito participativo dependerá del trabajo en equipo de los sectores educativo, sanitario y de los servicios sociales (Colomer & Hernández, 2001; Codern i Bové, 2006).

Son necesarios otros requisitos metodológicos y organizativos que posibiliten un proceso efectivo, como el contar con un órgano de participación comunitario, la existencia de unos servicios descentralizados, la presencia de una comunidad organizada, el conocimiento de la comunidad, la realización de un diagnóstico de necesidades sentidas y aceptadas por todos, la formación de los que participan en la acción comunitaria, un canal efectivo de comunicación continua entre los protagonistas y un trabajo coordinado y programado (Sánchez, Ramos & Marset, 1996; Aguilar, 2001; Escartín, López & Ruíz-Giménez, 2015).

En nuestro país, el nacimiento y desarrollo de la participación comunitaria ha estado determinada por el contexto socio-histórico durante la reforma sanitaria de los años ochenta. La Ley General de Salud de 1996, consideró la participación como un derecho de los/as ciudadanos/as y estableció los consejos de salud como los espacios de comunicación con los representantes comunitarios y la ciudadanía, figurando modelos de micro-participación. Pese a la regulación legislativa, ésta ha sido una de las asignaturas pendientes en la Atención Primaria de salud. Sobre los consejos de salud, se han contado con escasos ejemplos de constitución de los mismos en las Zonas Básicas de Salud o incluso de buen funcionamiento, fracasando como mecanismos de participación debido a:

> 1.La falta de un modelo claro y coherente de participación. 2. La asignación vaga de funciones, a su composición no representativa de la población. 3. Sobre todo, a la poca voluntad política existente para que funcionen, puesto de manifiesto en el escaso apoyo que la administración ha dado a estos órganos que ella misma ha creado. (Aguilar Idáñez, 2006, p. 6).

Actualmente, los múltiples cambios sociales, la escasa formación en esta dinámica, la estrechez legislativa, entre otros factores, han tenido su efecto sobre la participación comunitaria, surgiendo periodos de progreso y momentos de decadencia. El modelo gerencialista instaurado en los servicios de salud no ha favorecido este proceso (Irigoyen, 2004). Las dificultades y resistencias mostradas en general por nuestro sistema de salud en materia de participación social (Martín, Ponte & Sánchez, 2006) contrasta con las experiencias de otros países desarrollados (Casado, 2013). A pesar de ello, algunos estudios muestran el amplio acuerdo entre ciudadanos/as, profesionales y gestores sobre la necesaria participación del usuario en la toma de decisiones y complementariedad en la realización de

la atención en el contexto de Cataluña (Íñiguez-Rueda & cols.,2008); además los/as ciudadanos/as manifiestan una mayor tendencia a la implicación en la toma de decisiones y diseño del sistema, dada la buena experiencia de su participación en los procesos asistenciales, coincidiendo con otros trabajos (Artells, Jovell & Navarro, 2008).

No obstante, en España podemos destacar buenos ejemplos que acreditan las posibilidades de implantación de procesos participativos de salud dentro y fuera de los servicios sanitarios, como el caso del Principado de Asturias (2011), con una buena propuesta de líneas estratégicas, recomendaciones y actividades para hacer efectiva la participación comunitaria en salud; la estrategia de participación ciudadana del gobierno de Aragón; o los procesos comunitarios desarrollados desde diferentes áreas de salud de la Comunidad de Madrid (López & cols., 2008; Infantes & Solano, 2010).

Por último, conviene señalar la propuesta de diferentes niveles de participación comunitaria desde los servicios de Atención de Primaria:

- Un primer nivel de participación comunitaria nulo, en el que existe una relación vertical entre ciudadanos/sanitarios. "El ciudadano es un cliente que utiliza un servicio".
- Un segundo nivel en el que permanece la verticalidad en la atención pero hay creados espacios de comunicación con la comunidad: buzón de sugerencias, grupos, charlas… en las que se establece otro tipo de relación." Nadie duda que el control está en los sanitarios y en el centro de salud, aunque hay una cierta apertura a la comunidad…"
- En un tercer nivel se ha podido realizar una aproximación a las necesidades de salud de la comunidad, pero los ciudadanos siguen sin tener capacidad en la toma de decisiones sanitarias. "En este nivel, la participación, la capacidad de influencia, el empoderamiento de la comunidad es poco, y el peligro de voluntarismo y "queme" de los profesionales es muy grande".
- En el cuarto nivel," se ha constituido un órgano comunitario representativo y capaz de protagonizar un proceso de participación de tipo global". Este proceso sí facilita la capacidad de los/as ciudadanos/as y el tejido asociativo para influir y decidir en materia de salud (Astray, 2012, p.22).

1.5. El Diagnóstico de Salud Comunitario Participativo

La tarea de diagnosticar es la primera fase de cualquier proceso planificado de intervención sanitaria. Para intervenir es fundamental conocer la realidad que se desea cambiar, comprendiéndola y analizando los hechos humanos-sociales en profundidad. El diagnóstico de salud comunitario debe ser el punto de partida para una intervención en salud en la comunidad, real y consecuente con el objetivo de identificar los problemas y necesidades de salud sobre los que actuar de una manera priorizada. A la finalidad de orientar la acción comunitaria se le suma la de servir a la evaluación de resultados y con ello a la valoración de la eficacia y eficiencia de la intervención que retroalimente el proceso de planificación (Delgado & De la Revilla, 1984; Torio, 2000; Montaner, 2000; Marchioni, 2009).

Este proceso, también denominado *Análisis de la situación de salud* o *estudio de necesidades de salud,* pretende recabar la mayor información posible sobre los indicadores de salud, que incluiría los indicadores del estado de salud, indicadores sobre los estilos y hábitos de vida e indicadores relativos a las condiciones de vida); las características de la comunidad en la línea de lo argumentado en el apartado precedente; los recursos y servicios de los que dispone y los problemas y necesidades sentidos por ese conjunto social. Por ello, a la recogida de información clásica a través de las fuentes de información sanitarias disponibles en nuestro sistema de vigilancia epidemiológica o a través de métodos más cuantitativos como las encuestas, se hace imprescindible la utilización de otras técnicas más cualitativas que nos acerquen a un consenso sobre las percepciones de los diferentes grupos de la comunidad (Ramos, 2000; Barreix & Castillejos, 2003; Gallardo & Otero, 2005).

Un análisis crítico sobre el desarrollo de los diagnósticos de salud comunitario en España nos dibujaba un panorama algo desolador en las postrimerías del siglo (Aranda, 1993). Era necesario un giro hacia un enfoque más democrático. La comunidad no ha de ser sólo fuente de información en este proceso, sino protagonista y centro de todo el proceso. De ahí que las propuestas de fases del desarrollo de un análisis de la situación de salud participativo contemple desde el inicio, la formación de un grupo promotor, motor o de participación, o denominaciones similares, en el que estén representados los principales protagonistas del proceso, especialmente la propia comunidad (Sánchez & Merelles, 1996; Sánchez, 2000).

1.6. La Educación para la Salud

La educación para la salud se conforma como una herramienta imprescindible en cualquier proceso de Promoción de Salud y por tanto, en la acción comunitaria.

> La educación para la salud es el conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar el conocimiento sobre la salud y promover el desarrollo de habilidades para la vida que pueden conducir tanto a la salud individual como colectiva (MEPSyD & MSC 2008, p. 61)

Existen múltiples enfoques de la educación para la salud que han provocado a su vez la aparición de diversas clasificaciones, determinadas por las variables utilizadas en su análisis por distintos/as autores/as (Polaino-Lorente, 1987; Tones, 1981; Salleras, 1985; Serrano, 1990). Partiendo de la propuesta clasificatoria de Flores Biernet (2001, p.58) en base a la agrupación realizada por Serrano (1990), podemos considerar que el modelo de participación es el más indicado para la Intervención Comunitaria, huyendo de los modelos informativo motivacional o persuasivo ecológico. Así mismo para el ámbito que nos ocupa, la modalidad de intervención educativa sobre la que centramos nuestras miradas, es la educación grupal o colectiva (Pérez & cols., 2006).

El desarrollo de la educación para la salud en Atención Primaria ha sido dispar. El estudio de Ramos-Argüelles & cols. (2010) evidenciaba la igualación de los términos educación para la salud y Promoción de la Salud entre los/as profesionales de la región de Murcia, las escasas actuaciones de educación para la salud, la identificación de las carencias formativas, la falta de tiempo y motivación y la priorización de las actividades asistenciales como los principales obstáculos para esta práctica profesional. La aportación práctica posterior que en este sentido nos ofrecen Garrote & Del Cojo (2011) y tantas experiencias localizadas en diversas fuentes, nos permite comprobar que la educación para la salud en grupo es una realidad en el ámbito de la Atención Primaria y que con la motivación, formación y los recursos necesarios permite dar respuestas eficientes a las demandas y necesidades planteadas por la población. A pesar de ello, en el sistema de salud aún son bastantes frecuentes las intervenciones grupales basadas en la transmisión de información (charlas), dándose la típica relación profesional/ciudadano, experto/receptor pasivo, pese a lo que se ha demostrado efectivo. Diversos factores personales, formativos, ideológicos y

organizacionales pueden motivar esta situación que necesita de un giro si lo que se pretende es "crear contextos para desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje participativo en donde se combine el «saber», el «querer» y el «poder»" (Hernández, Paredes & Torrens, 2013, p.2). La aportación metodológica que hacen estos autores sobre el diseño de talleres para promover la salud en grupos comunitarios nos parece un buen recurso para su desarrollo desde el primer nivel de atención.

1.7. El Trabajo Intersectorial

*"*Cualquier trabajo comunitario consiste en buscar e incidir de manera relacional, coordinada, puntos de encuentro y trabajo en común, tarea en la práctica nada fácil" (Pérez & Morón 2015, p.49). En consecuencia, el trabajo intersectorial representa un reto importante para los profesionales de Atención Primaria. Si la educación para la salud grupal es un reto superado, el trabajo intersectorial diría que es un reto desconocido para la gran mayoría. "La noción de la intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales" (Cunill, 2005, p. 1). La comprensión y puesta en práctica de este concepto, implica una integración del enfoque sistémico de la salud en la acción sanitaria, que permita entender que la salud es un producto social y las actuaciones rebasan las fronteras del sector salud (Castell, 2007). Sin duda, es un valioso instrumento en la reducción de las desigualdades sociales y de salud, y una potente estrategia para incluir la salud como objetivo o meta en otras políticas públicas y viceversa (Leppo & Ollila, 2013).

La visión de la salud y la sociedad y su relación con el foco de la acción va a determinar diferentes grados de intensidad de la intersectorialidad, observándose cuatro niveles en ese proceso escalonado y progresivo de incorporación de sectores para abordar las necesidades de la comunidad (Solar & cols., 2009). Su propuesta constituye un referente para el análisis de la realidad sobre la que se va a intervenir (Figura 2).

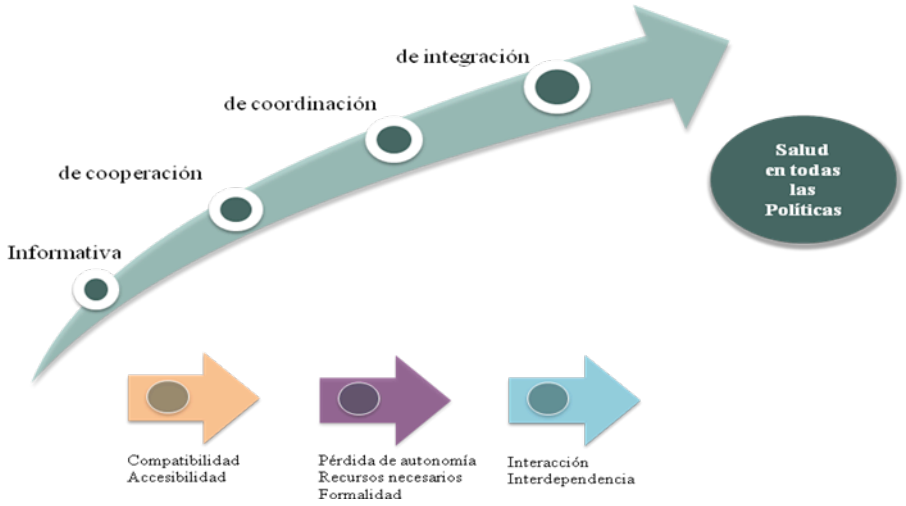


Figura 2. Propuesta de tipología de trabajo Intersectorial. Fuente: Solar, Valentine, Rice, & Albrecht (2009). Promoting Health and development: Closing the implementation gap. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, 2009

A pesar de ser uno de los temas más mencionados en la gestión pública, en la práctica es uno de los que menos se llevan a cabo. Buena parte de los factores que condicionan el trabajo entre sectores se encuentran en barreras organizativas y administrativas que con voluntad política y flexibilidad profesional aumentaría las oportunidades de acción. El municipio es un escenario excelente en el que convergen diferentes políticas públicas desde donde plantear estrategias intersectoriales en pos de una mejora de vida de los ciudadanos. Ese es el espíritu de los planes de acción local, donde la integración del trabajo profesional con la voz de la comunidad genere proyectos de bienestar.

1.8. Las Metodologías de Intervención Comunitaria

La Intervención Comunitaria en Salud requiere de una planificación específica en la que se contemple la metodología con la que se llevará a cabo. Existen diferentes formas para abordar de manera efectiva la acción comunitaria. Entre las más destacadas hay que mencionar cuatro que no son incompatibles ni excluyentes en su aplicación: Desarrollo Comunitario, Investigación-Acción-Participativa, Atención Primaria Orientada a la Comunidad y los denominados Procesos Correctores Comunitarios.

1.8.1. Desarrollo Comunitario (DC)

Esta metodología se desarrolló en Europa tras la Segunda Guerra Mundial, promovida por la UNESCO para abordar la situación de los países del Tercer Mundo. Aunque lo primeros programas se diseñaron en los países del Norte, realmente eran para su instauración en diferentes zonas deprimidas de África, Asia y América latina. Más tarde se empieza a utilizar en zonas rurales o barrios marginales de los países más desarrollados y hoy, en nuestro contexto más inmediato, es la estrategia preferente de intervención en las denominadas Zonas de Transformación Social y la base de los programas de acción local en los municipios (Andreu, 2008).

El desarrollo comunitario se define como:

> Una acción coordinada y sistemática que, en respuesta a las necesidades o a la demanda social, trata de organizar el progreso global de una comunidad territorial bien delimitada o de una población-objetivo, con la participación de los interesados." (Rezsohazy, 1988, En Zárate, 2007:197-199).

Para autores como Gómezjara (1996, p. 15-16) es a la vez un "proceso, un método, un programa", que pretende generar procesos de cambio que resuelvan necesidades dentro de un marco de desarrollo humanista, favoreciendo un crecimiento equilibrado, integral y armónico de los miembros de la comunidad. Por lo tanto, no es una acción sobre la comunidad, sino una acción misma de la comunidad para la mejora de su nivel de vida con repercusiones directas sobre su salud, que implica la participación activa, consciente y democrática de la población en esta práctica social. (Marchioni, 2001; Carvajal, 2011).

En esta metodología, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial se hacen imprescindibles. La oportunidad de integración de los equipos de salud en las dinámicas que se generan en este proceso de crecimiento comunitario es única, suponiendo un reto para la orientación real hacia la comunidad de manera integrada de unos servicios centrados excesivamente en la dimensión física de la persona.

1.8.2. La Investigación-Acción-Participativa (IAP)

Aunque en muchos manuales la IAP se presenta como una metodología enmarcada en el área de la investigación, en general se considera como un enfoque de intervención social que persigue recoger las perspectivas e intereses de los sectores o grupos implicados en el proceso de acción comunitaria, otorgando el principal protagonismo a los colectivos afectados. La intención es potenciar los recursos disponibles en estos sectores tanto a nivel de conocimiento como de acción (Pereda & De Prada, 2014). Aunque existen diferentes orientaciones estratégicas, podemos destacar cinco líneas básicas que representan un cuadro ideal de intervención aunque el nivel de aplicación pueda tener límites menos ambiciosos (Demo, 1985; Gabarrón & Hernández,1994):

- La relación profesional/usuario pasa a ser relación sujeto-sujeto.
- El origen de la intervención está en las demandas o necesidades sentidas por los afectados, como condición imprescindible para que sean ellos los principales protagonistas del proceso.
- En el proceso va unido la reflexión y la acción.
- Comprensión de la realidad social como una totalidad, concreta y compleja a la vez.
- Es una vía de movilización y emancipación de los grupos sociales.

El fin último de la IAP es conseguir el cambio de la realidad, de ahí que el proceso siga la secuencia de "conocer-actuar-transformar". La meta última es conocer para transformar, a través de una acción que no se hace desde arriba sino desde y con la comunidad (Basagoiti, Bru & Lorenzana, 2001), siguiendo las etapas propuestas por Rodríguez (1998) de: Diálogo y negociación entre todos los protagonistas del proceso, recogida de información, fase de devolución, fase de ejecución y evaluación continua. (Figura 3).

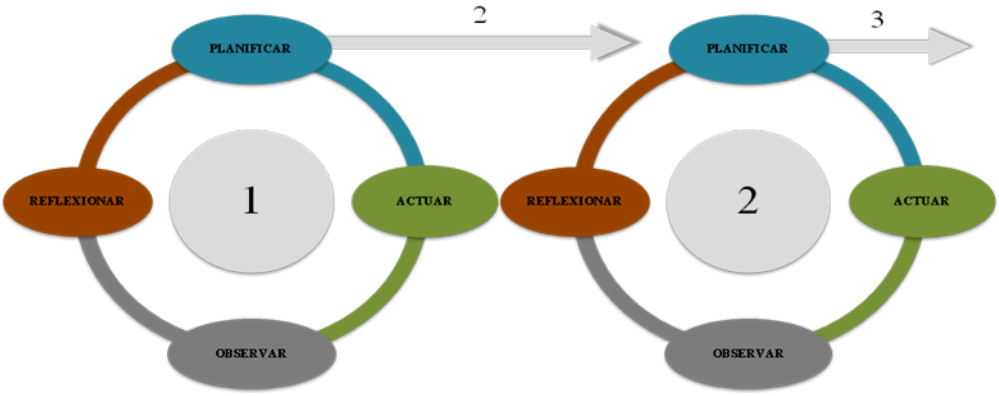


Figura 3. Proceso de Investigación-Acción-Participativa. Fuente: Latorre, A. (2003). La investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa. Barcelona. Editorial Grao.

1.8.3. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

El modelo APOC nació en la década de 1940, gracias al trabajo de dos médicos de familia Sidney L. Kark y Emily Kark en una zona rural de Sudáfrica. Este modelo unifica en la práctica los elementos idóneos de atención comunitaria, familiar e individual, prestándose conjuntamente.

> Los servicios APOC se responsabilizan por la salud (y sus determinantes) de todos los miembros de la comunidad, tanto de los que utilizan sus servicios como de los que no los utilizan. Esta es la diferencia con respecto a la Atención Primaria tradicional orientada a la curación, que solo responde a la demanda y al tratamiento de los síntomas y las enfermedades. (Gofín & Gofín 2007, p. 178)

Los elementos de una Atención Primaria orientada a la comunidad son: la existencia de una comunidad definida, una práctica de atención integral, la participación comunitaria, el trabajo de equipo multidisciplinario, movilidad del equipo fuera del centro, la conjugación en el equipo de habilidades clínicas, epidemiológicas, de las Ciencias Sociales y del Comportamiento… (Gofín, Montaner & Foz, 1999).
Las principales etapas del ciclo APOC se sintetizan en la Figura 4.

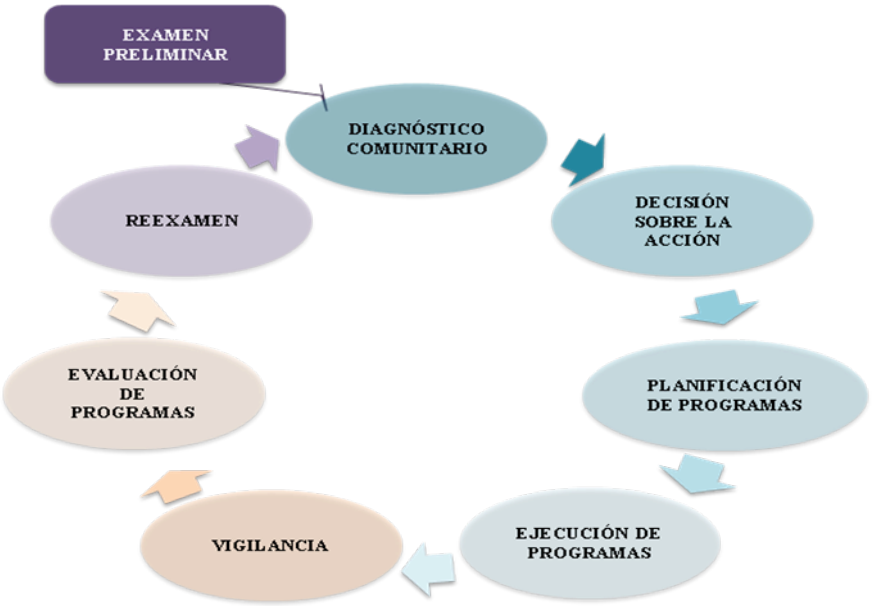


Figura 4. Ciclo de APOC. Fuente: Kark, S. & Abramson, J.H. (1993). Proceso de desarrollo de una práctica de APOC. En Kark, S.L., Kark, E., Abramson, JH. Gofín, J. Atención Primaria orientada a la comunidad. (p. 27-38). Barcelona. Ediciones Doyma.

Muchos son los centros de Atención Primaria que han integrado esta metodología en su ejercicio. En el caso de España se agruparon en la red AUPA (Actuando Unidos para la Salud), iniciativa de la OMS que tuvo mayor calado en los centros de salud catalanes y del Levante español (Foz Gil, 2008).

1.8.4. Procesos Correctores Comunitarios (proCC).

Los Procesos Correctores Comunitarios (proCC) es una metodología grupal que pretende, mediante la creación de espacios de reflexión, incidir sobre los denominados *malestares de la vida cotidiana*, aquellos que las personas sufren, que no provocan una demanda específica porque los asumen como normales en el proceso vital, pero que suponen importantes costes en su salud y su bienestar. Desde esta metodología, estos malestares se identifican como *Normalidad Supuesta Salud* (Cucco, 2006, p. 24). En general, provocan una hiper-frecuentación en las consultas, con difícil identificación e inadecuadas soluciones por parte de los profesionales de la salud. Bajo esta nomenclatura se podría incluir los estados

estresantes o de agobio que se genera en la crianza de los/as hijos/as, las dificultades de la adolescencia, los procesos de inaceptación del proceso de envejecimiento, los malestares de las/os cuidadores principales de personas dependientes… En este sentido, cabría preguntarse ¿De qué manera la vida cotidiana promueve en las personas el aprendizaje y la salud o supone un obstáculo para su desarrollo saludable? (Rebollar, 2005).

La estrategia de intervención es la del Grupo Formativo que pretende operar en la transformación del modo de vida, potenciando los recursos personales, "promoviendo la capacidad cooperativa para el enfrentamiento de las contradicciones, la resolución de los conflictos y la construcción de una vida saludable" (Saénz 2008, p. 2), y "generando grados de independencia del imaginario social instituido, desarrollando así, la capacidad reflexiva, lo que implica la capacidad de ponerse en cuestión "más allá de lo permitido" *(*Cucco 2009, p. 6). Es una intervención grupal que le confiere el protagonismo a los sujetos en la solución de esos problemas de la vida cotidiana que se generan por las contradicciones entre las necesidades personales y los roles asignados y asumidos socioculturalmente. Por ello, constituye una herramienta para lograr la Promoción de la Salud de una manera integral, mejorando la eficacia en la acción profesional (Aguiló, 2003).

Una representación del método de Grupo Formativo aparece en la Figura 5.

Figura 5. Metodología de los Grupos Formativos según el modelo de Mirtha Cucco (2009). Elaboración Propia.

Además, existen otras estrategias grupales, entre las que pueden mencionarse los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) que pretenden ser un soporte psicológico para sus miembros,

constituir un espacio social de relación, dónde encontrar información sobre recursos de interés e incluso servir de plataforma de reivindicación de derechos. Consisten en la reunión voluntaria de un grupo de personas que comparten un problema o la misma necesidad para encontrar soluciones, mejorar el afrontamiento o incluso lograr cambios personales y/o sociales. El desarrollo de estos grupos no necesita de la presencia de un profesional, salvo elección de sus miembros, por lo que el papel de los profesionales sanitarios debe ser el de impulsores o animadores en el proceso de constitución y desarrollo. No obstante, es necesaria la figura de un/a facilitador/a, elegido/a entre los miembros del GAM que tiene funciones de moderador/a del grupo y de relaciones internas y externas (Ródenas, 2014).

1.9. La Evidencia Científica de la Intervención Comunitaria en salud

Con el objetivo de identificar acciones comunitarias con probada efectividad que puedan orientar la práctica con evidencia en el ámbito de la salud se realiza una búsqueda en la base de datos de Cochrane Library Plus, actualizada a fecha de 28 de julio de 2015. Aunque no es la única fuente que puede proporcionar esta información, sí es un buen recurso que nos introduce en la identificación de acciones que guíen la acción comunitaria en el primer nivel de atención sanitaria.

Se utilizan ocho descriptores: Salud Pública, Promoción de Salud, Atención Primaria, Intervención Comunitaria, Medicina Comunitaria, Enfermería Comunitaria, cuidados comunitarios, actividades comunitarias; y la combinación entre algunos de ellos como Atención Primaria y Promoción de Salud. El resultado de la búsqueda inicial ha sido el siguiente:

-Salud Pública (179 documentos)
-Promoción de Salud (54 documentos)
-Atención Primaria (338 documentos)
-Atención Primaria y Promoción de la Salud (110 documentos)
-Intervención Comunitaria (17 documentos)
-Medicina Comunitaria (20 documentos)

-Enfermería Comunitaria (5 documentos)

-Cuidados comunitarios (39 documentos)

-Actividades comunitarias (3 documentos).

A estos documentos se les aplicó los siguientes criterios de inclusión para obtener una selección definitiva:

-Revisión sistemática.
-Tipo de intervención: de Promoción de Salud, aunque se han podido considerar algunas de prevención primaria.
-Intervenciones grupales.
-De aplicación en el ámbito de Atención Primaria.
-Con probada evidencia en países desarrollados.

En un primera acción de depurado, de los 427 documentos localizados se eliminaron los documentos repetidos, los Ensayos Clínicos del registro Iberoamericano (ECA), los informes de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Iberoamericanas (AETS), los resúmenes de la Fundación Kovacs, los artículos de la revista Gestión Clínica y Sanitaria (GCS) y los artículos de la revista Evidencia de Actualización en la Práctica ambulatoria (EAP); además de las revisiones que están actualizadas en fechas más recientes y aquellas que incluyen intervenciones terapéuticas en lugar de intervenciones de Promoción y Prevención. El número de documentos resultante es de 93, de los cuales se eliminan un total de 48, al comprobar que son revisiones que no contemplan Intervenciones Comunitarias, a pesar de ser de Promoción de la Salud o de Prevención, o están referidas a contextos no cercanos o similares a la situación del presente estudio. Así, el número final de revisiones sistemáticas analizadas tras la aplicación de los criterios de inclusión ha sido de 46.

Los contenidos abordados en dichos documentos siguen la distribución reflejada en la Figura 6. Se observa una mayor frecuencia de revisiones sobre accidentes, tabaco, Promoción de Salud y estilos de vida y actividad física.

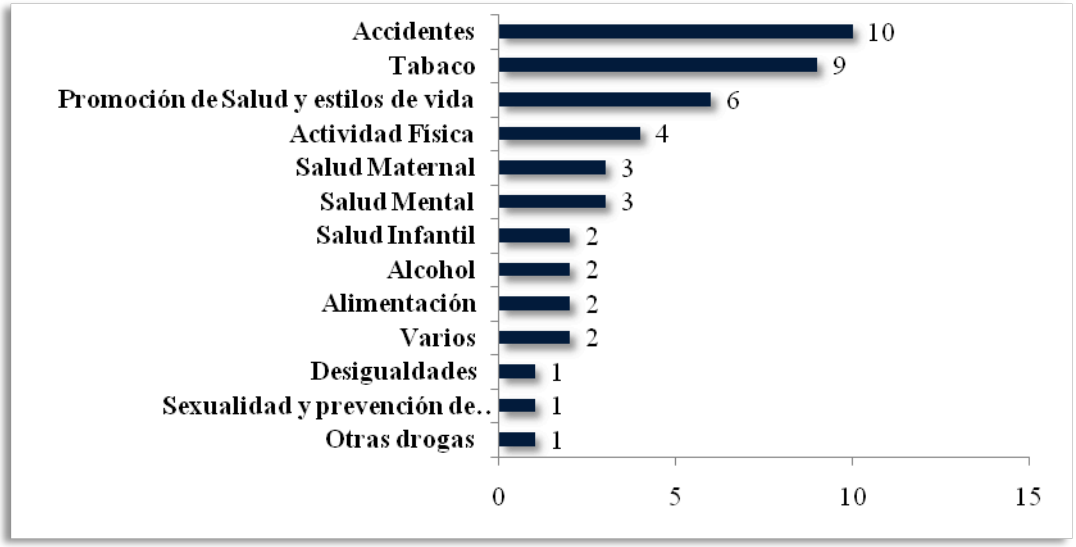


Figura 6. Contenidos abordados en las Revisiones Sistemáticas sobre Intervenciones Comunitarias en Salud.

Sin embargo, no todas las revisiones nos muestran actividades comunitarias con probada evidencia científica (Figura 7). En este grupo se sitúan 20 de las 46 revisiones analizadas, centradas en las temáticas de Tabaco (5) y Accidentes (4) principalmente.

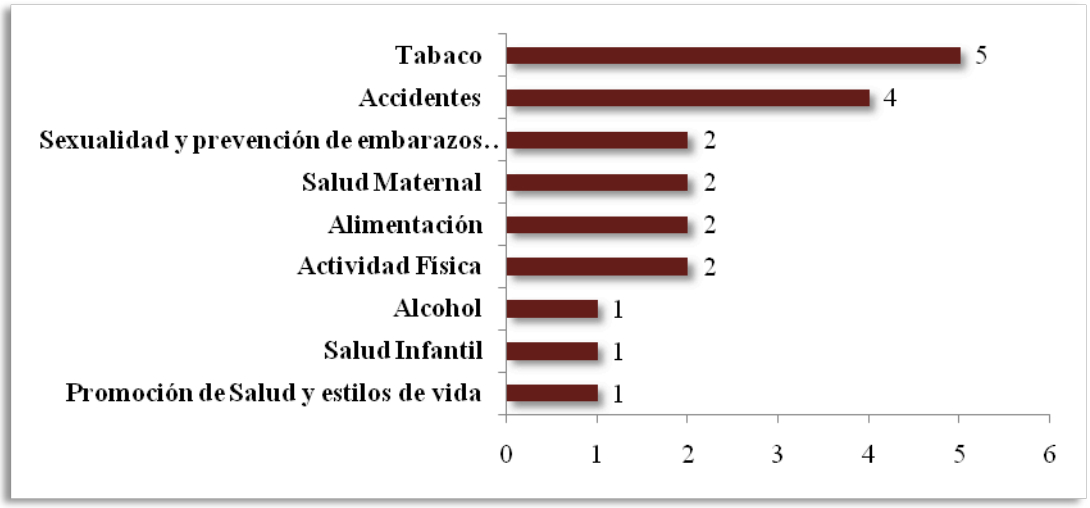


Figura 7. Contenidos de las Intervenciones Comunitarias con Evidencia Científica.

Las conclusiones más relevantes de cada una de ellas se exponen en los siguientes apartados:

1.9.1. Intervenciones Comunitarias sobre Promoción de Salud y estilos de vida saludables en general.

En el proceso de revisión se han sido clasificados seis documentos relacionados con actividades de Intervención Comunitaria en aspectos concernientes a la Promoción de Salud y los estilos de vida.

La evaluación de la estrategia comunitaria de la Escuela Promotora de la Salud de la OMS es objeto de la primera de las revisiones sistemáticas a comentar (Cochrane, 2014). Los resultados evidencian la efectividad de esta intervención sobre determinadas áreas de salud como: reducción del índice de masa corporal del alumnado, aumento de la actividad física y los niveles de estado físico, mejora del consumo de frutas y vegetales así como la reducción del consumo de tabaco. Sin embargo, no hay evidencia sobre la ingesta de grasas, el consumo de alcohol y drogas, la salud mental, la violencia y la conducta intimidatoria, la salud sexual, el lavado de manos, el uso de casco para bicicletas, los trastornos alimentarios, la protección contra el sol, la salud bucodental o los resultados académicos. No obstante, determinados problemas metodológicos y el escaso número de estudios incluidos en el análisis, limitan la capacidad de establecer conclusiones claras acerca de la efectividad de esta estrategia.

La segunda revisión está centrada en la estrategia referida a los programas conductuales y estructurales dirigidos a reducir el uso de los automóviles de único ocupante y aumentar el empleo de otras opciones más sostenibles como, el caminar, el uso de bicicleta y el transporte público y su efecto sobre la salud (Hosking & cols., 2010). Los autores concluyen con la inexistencia de pruebas sobre el efecto de los planes de viaje institucionales en algún resultado en salud o sobre los factores de riesgo.

La revisión de Jackson & cols. (2008) hace referencia a la escasa evidencia sobre el papel que las instituciones deportivas tienen sobre la promoción de comportamientos saludables (alimentación, consumo de alcohol, tabaco, exposición al sol, discriminación), desde un enfoque de desarrollo de políticas orientadas a crear ambientes saludables. El tipo de diseño de investigación utilizado en las evaluaciones realizadas, basadas por lo general en estudios de casos, ha limitado la evidencia. En cualquier caso, las instalaciones deportivas de la

comunidad como activos en salud de una población se convierten en principales aliados de los equipos de Atención Primaria para el fomento de la actividad física en la comunidad.

A pruebas inconclusas llegan también Sawmynaden, Atherton, Majeed y Car (2012) en su revisión sobre el efecto del uso del correo electrónico para la mejora del nivel de información sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Finalmente mencionar dos trabajos que nacen del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco centrados en el análisis de trece teorías y modelos de Promoción de la Salud para el fomento de los estilos de vida saludables (Rueda & cols., 2008) y en la percepción de los profesionales y usuarios de Atención Primaria sobre los diferentes modelos e intervenciones para la modificación de los hábitos perjudiciales para la salud (Grandes & cols, 2008).

En el primero de ellos se concluye sobre la necesidad de combinar distintas teorías o modelos de Promoción para la mejora de la salud a través de los estilos de vida; la importancia de intervenir sobre los grupos sociales en desigualdad económica y social para mejorar la salud de la población en general; la exigencia de adaptar las intervenciones a las características específicas, creencias, actitudes, motivaciones, refuerzos… de cada grupo o colectivo; y la pretensión de empoderar a los individuos y colectivos con las intervenciones de Educación para la Salud evitando la culpabilización de los que adoptan hábitos poco saludables.

En el trabajo de revisión de Grandes & cols. (2008) sobre estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en Atención Primaria de Salud se evidencian las principales razones que dificultan la falta de integración de las intervenciones de Promoción de la Salud en los servicios de Atención Primaria:

> La selección de estrategias que no se adaptan al contexto en el que van a ser implantadas, la dificultad de cambiar la práctica clínica y la organización de los servicios, la falta de un abordaje socio-ecológico que considere los múltiples niveles que influyen en los hábitos saludables y el uso inadecuado de los métodos de diseño y evaluación de las intervenciones (Grandes & cols., 2008, p.47).

La estrategia de intervención de Consejo Sanitario basado en las cinco Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) parece ser la más factible y de efectividad probada en el contexto de la Atención Primaria de Salud según los Organismos Internacionales de

Promoción de Salud en comparación con la entrevista motivacional o el acercamiento comunitario. *"Esta estrategia está claramente indicada para el hábito de fumar o el consumo de alcohol y se recomienda su extensión a la promoción de la actividad física y la dieta saludable"* (Grandes & cols., 2008, p. 49). En cualquier caso, parece evidente que para garantizar el éxito de cualquier estrategia de Promoción de la Salud, ésta se debería enmarcar en una perspectiva socio-ecológica que tenga en cuenta los múltiples niveles de influencia en las conductas saludables de los individuos, familia, comunidad y sociedad, y en los que el profesional sanitario juega un papel fundamental y complementario con los condicionantes personales, culturales y sociales. A partir de esta revisión, los autores diseñaron el Programa de Investigación para la Acción denominado *Prescribe Vida Saludable*.

1.9.2. Intervenciones Comunitarias para la Promoción de la Actividad física.

Sobre la promoción de la actividad física se han localizado cuatro revisiones sistemáticas. Dos de estas revisiones son de implantación en Atención Primaria y dos son más estrategias de Salud Pública que concierne a otros ámbitos comunitarios en los que, indudablemente, se requiere un trabajo intersectorial.

La revisión de Hillsdon & cols. (2008) evalúa los efectos de las intervenciones para la promoción de la actividad física en adultos sanos de más de 16 años que no están institucionalizados y analiza un total de 17 ensayos clínicos controlados aleatorios en el que se comparan diversas intervenciones en solitario o una combinación de ellas:

-Orientación/asesoramiento individualizado u orientación/asesoramiento grupal; actividad física autodirigida o prescrita;

-Actividad física supervisada o no supervisada;

-Actividad física en el domicilio o en centros;

-Apoyo personal constante

-Apoyo telefónico;

-Material de apoyo escrito sobre educación/motivación;

-Automonitorización.

A pesar de la heterogeneidad clínica y estadística entre los estudios, existe alguna indicación de que la combinación de la orientación profesional y la autodirección más el apoyo profesional constante, pueden producir aumentos moderados de la actividad física a corto y medio plazo, al menos en las personas de mediana edad. Sólo se pueden establecer conclusiones limitadas acerca de la efectividad de los componentes individuales de las intervenciones. No se establece la efectividad a largo plazo de estas intervenciones, porque la mayoría de los estudios se interrumpieron después de los 12 meses. Se necesitarían más investigaciones para considerar qué métodos de promoción de la actividad física funcionan mejor a largo plazo. Fomentar el paseo durante un tiempo no excesivamente prolongado, seguido de una caminata grupal o independiente y el seguimiento telefónico desde los centros de salud puede cambiar la práctica de quienes caminan con más éxito que aquellos que no reciben estas intervenciones.

Localizamos también un documento sobre intervenciones para el fomento de la actividad física en grupos de determinados pacientes. En este caso centrada en pacientes de fibrosis quística con el objetivo de evaluar el efecto del tratamiento para aumentar la su participación en la actividad física. Los autores concluyen que la escasez y la calidad de los estudios limitan cualquier afirmación sobre la eficacia de las estrategias para promover la captación y participación continua en la actividad física de este colectivo. Otros tres estudios centrados niños/as y personas adultas, se muestran insuficientes para evidenciar efectividad en la Intervención Comunitaria para el fomento de la actividad física. Para sus autores, se necesitan estudios de investigación adicionales para determinar el efecto de estrategias como el asesoramiento en salud o las aplicaciones de la telemedicina para promover la aceptación y el cumplimiento con la participación regular en la actividad física (Cox & cols., 2013).

El fomento de la actividad física en el lugar del trabajo es una de las estrategias de Salud Pública que favorece la reducción del nivel de sedentarismo de la población. Aunque la implantación de dichas estrategias escapan del control del ámbito de Atención Primaria mencionamos una revisión sistemática en la que se concluye que no existen pruebas suficientes para determinar su eficacia, así como la necesidad de realizar ensayos de mejor calidad que controlen el sesgo de sugestión para evaluar la efectividad de las intervenciones con podómetros en el lugar de trabajo para aumentar la actividad física y la mejora de

resultados posteriores en salud, fundamentalmente por la inexistencia de cegamiento en los cuatro ensayos finalmente seleccionados (Freak-Poli & cols., 2014).

Se ha seleccionado también una revisión de Maureen Dobbins & cols. (2009) sobre la efectividad de las intervenciones en el ámbito educativo para promover la actividad física y el buen estado físico en niños y adolescentes de entre los 6 y los 18 años de edad escolarizados. Se incluyeron 26 estudios en los que se evaluaban intervenciones que incluían: cambios del Programa de Estudios, cambios de los horarios escolares para aumentar el tiempo que los estudiantes estaban activos físicamente, el tiempo utilizado para realizar una actividad física enérgica durante las clases de Educación Física, disponibilidad de provisión de equipos, entrenamiento del profesorado para incorporar la actividad física en el Programa de Estudios y en los horarios escolares, y materiales educativos para los/as profesores/as, los/as estudiantes y los padres y madres. En algunos casos la intervención incluyó estrategias para incorporar a los padres, así como estrategias comunitarias, medios masivos de comunicación y el desarrollo de políticas específicas. Los resultados indican que se observan efectos específicamente positivos en la duración de la actividad física, en la reducción de la visión de la televisión, en el volumen de O_2 máximo y en la concentración de colesterol en sangre. Al menos una combinación de materiales educativos impresos y cambios en los programas escolares producen estos efectos positivos. Sin embargo, no tuvieron ninguna repercusión en la tasa de actividad física durante el tiempo libre, la presión arterial, el índice de masa corporal y la frecuencia del pulso. Tan sólo siete estudios incluyen la actividad física en el tiempo libre fuera de la escuela como medida de efecto, ofreciendo resultados positivos, aunque no es suficiente para recomendar las intervenciones escolares. Los autores afirman que es posible que sean intervenciones demasiado centradas en el contexto escolar o que no están dirigidas al importante rol que juegan las familias y las comunidades en la promoción de la actividad física en la infancia y adolescencia. Serían necesarias intervenciones adicionales combinadas con las escolares para conseguir efectos más positivos en esta dimensión.

Las implicaciones para la práctica que resaltan los autores son:

> 1. Ya que las intervenciones escolares con actividades físicas no causan daño y se asocian con algunos efectos positivos, tales actividades deben continuar y ser promovidas por el personal de la Unidad de Salud Pública local a las Escuelas y las Juntas de Educación locales.

2. Las intervenciones escolares con actividades físicas deben dirigirse a fomentar actitudes positivas hacia la actividad física y deben orientarse hacia el nivel del desarrollo de los participantes.

3. Debe alentarse a los profesores y el personal escolar a que actúen como modelos a imitar al demostrar más actividad física durante el curso de la jornada escolar. Esta actitud puede requerir algunos notables cambios dentro del ambiente de trabajo de los profesores y el personal escolar.

4. La participación de los padres puede ser una parte integral de la intervención escolar.

5. Dentro de las intervenciones escolares se debe hacer más énfasis en la promoción de la actividad física (es decir hacer de la actividad física una prioridad junto con otros conductas relacionadas con el estilo de vida sano).

6. El personal de Salud Pública debe trabajar en colaboración con los profesores, las Escuelas y las Juntas de Educación para ejercer presiones políticas sobre las personas responsables de elaborar las Políticas locales y provinciales para aumentar los recursos para la promoción de la actividad física dentro del sistema escolar. (Maureen Dobbins & cols., 2009, p.6)

1.9.3. Intervenciones Comunitarias para la Promoción de una sexualidad saludable y la prevención de embarazos no deseados.

En el campo de la sexualidad, se selecciona la revisión de Bailey & cols. (2010) sobre intervenciones interactivas electrónicas (IIE) para la promoción de la salud sexual por considerar que los usuarios pueden acceder a dichos programas bien como miembros de un grupo o individualmente. Estas acciones pretenden proporcionar información y apoyo emocional, apoyo para las decisiones y para el cambio de comportamiento en temas de salud. Las distintas comparaciones con las intervenciones mínimas mediante la técnica de meta-análisis mostraron que las IIE tienen:

…un efecto moderado sobre el conocimiento de la salud sexual (DME 0,72; IC del 95%: 0,*27* a 1,18); un efecto pequeño sobre la auto-eficacia de una actividad sexual más segura (DME 0,17; IC del 95%: 0,05 a 0,29); un efecto pequeño sobre las intenciones de una actividad sexual más segura (DME 0,16; IC del 95%: 0,02 a 0,30) y también un efecto sobre

el comportamiento sexual (OR 1,75; IC del 95%: 1,18 a 2,59). (Bailey & cols., 2010, p.7)

En cambio en comparación con intervenciones más directas, el meta-análisis sólo mostró efectividad de las IIE en el conocimiento de la salud sexual (DME 0,36; IC del 95%: 0,13 a 0,58). Harían falta más investigaciones para comprobar su efecto sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados.

La variedad de estudios y de grupos de sujetos de las investigaciones incluidas en esta revisión muestran la utilidad de estas intervenciones en poblaciones de diferentes edades (infancia, juventud y adultos) y con diferente orientación sexual (heterosexuales y homosexuales).

Sobre la prevención de embarazos no deseados tan solo se localiza un revisión que evalúa intervenciones educativas: educación sanitaria, educación sobre VIH/ETS, servicios comunitarios, asesoramiento, educación sanitaria más desarrollo de habilidades, grupo de carácter religioso o asesoramiento individual; intervenciones sobre promoción de la anticoncepción: educación sobre anticoncepción, con o sin distribución de métodos anticonceptivos; e intervenciones múltiples: combinación de intervención educacional con promoción de la anticoncepción. El examen de los cuarenta y un ensayos controlados aleatorios ofrece pocos resultados concluyentes sobre la eficacia de cada una de ellas y su efecto a nivel individual. Sin embargo, las intervenciones múltiples bajaron la tasa de embarazos no deseados en adolescentes. Los autores argumentan que al ser un problema multicausal y multidimensional, las intervenciones deberían incluir la atención a los factores sexuales y no sexuales como el desarrollo de habilidades sociales y el desarrollo personal. De ahí que recomienden la colaboración de adolescentes, incluidas las embarazadas, los padres, el sector de la salud, las escuelas y las iglesias para la creación de Programas prácticos culturalmente aceptables para la población receptora. Así mismo no se encontraron evidencias de sus efectos sobre otros resultados como el retraso en el comienzo de las relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, aborto, prevención de enfermedades de transmisión sexual. (Chioma & cols, 2009)

1.9.4. Intervenciones Comunitarias sobre hábitos tóxicos.

Dentro de este apartado, la mayor producción de estudios sobre evaluación de intervenciones ha estado centrada en el hábito tabáquico, aunque también se han identificado algunas investigaciones sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Las intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento del tabaquismo son las que más proliferan en la búsqueda realizada. Comenzando por las destinadas a evitar el inicio en este hábito de los/as niños/as y adolescentes, localizamos un total de ocho revisiones. Cuatro de ellas en las que se llega a conclusiones de efectividad positiva de las intervenciones valoradas, tres en las que es necesario mejorar metodológicamente la calidad de los ensayos futuros y el nivel de cumplimiento de las intervenciones y una en la que se evidencia la relación de causalidad de determinados factores y el inicio en el hábito tabáquico. Comenzando por ésta última, sin duda, la evidencia de nivel III sobre la influencia de la exposición a la publicidad en la promoción del tabaquismo, representa el factor más influyente para aumentar la probabilidad de los/as adolescentes para comenzar a fumar (Lovato, Linn, Stead, Best, 2008), lo que supone un punto de partida para la ideación de intervenciones y políticas que reduzcan estos factores de riesgo. Respecto a la primera revisión de efectividad, tras el análisis de cuarenta y nueve ensayos controlados aleatorios se concluye que los programas que utilizan un enfoque de Competencia Social y los programas de estudios combinados de Competencia Social e influencias sociales son los más efectivos incluso después de un año de su ejecución (Cochrane, 2013).

La segunda revisión analiza el impacto de diversas intervenciones familiares (cambio en la forma de crianza, sobre el hábito tabáquico de los padres/madres o de otros familiares, la comunicación e interacción familiar) en el retraso para el inicio al hábito de fumar (Cochrane, 2015). El análisis proporciona evidencias, aunque de calidad moderada, sobre la eficacia de los programas familiares de alta intensidad y aquellos programas de educación o crianza con autoridad.

Otra revisión analiza el efecto de las intervenciones sobre los vendedores minoristas en la venta de tabaco, encontrando una falta de evidencia de la efectividad sobre la facilidad de acceso y sobre el hábito de fumar debido fundamentalmente a los niveles de cumplimiento bajos y mantenidos de estos vendedores (Stead & Lancaster, 2008). Pero si estas acciones educacionales sobre los comerciantes van integradas en un paquete de intervenciones

comunitarias multi-componentes junto a programas para la prevención de enfermedades relacionadas con el tabaco, programas basados en medios masivos de comunicación, la escuela y la familia, parecen ser efectivas a pesar del escaso rigor metodológico de los estudios incluidos (Cochrane, 2013).

En una última revisión se evidencia la eficacia de los medios de comunicación de masas en la prevención del inicio de hábito de fumar en jóvenes (Sowden & Arblaster, 2008). Sin embargo, no se obtienen resultados positivos sobre el efecto de los incentivos a jóvenes para este mismo objetivo, ni sobre las políticas escolares sobre el consumo de tabaco, debido a la escasez y baja calidad de estudios integrados en estas revisiones (Cochrane, 2012, 2014).

Otras intervenciones comunitarias centradas en la disminución de la prevalencia del tabaquismo no obtienen los efectos esperados en la evaluación de la efectividad. (Secker & cols., 2008)

Respecto a la prevención del abuso de alcohol en adolescentes y jóvenes hasta los 18 años, son relevantes los resultados de la revisión de Foxcroft & Tsertsvadze (2011) que consideran como buenas opciones políticas y prácticas, los programas de prevención genéricos psicosociales y de desarrollo como: Life Skills Training Program en los Estados Unidos, el programa Unplugged en Europa y el Good Behaviour Game en los Estados Unidos y Europa. Aunque advierten de la necesidad de atender al contenido del Programa y el contexto de administración para su implementación en ámbitos diferentes, debido a la gran variabilidad de efectos y subgrupos estudiados en las investigaciones que incluye la revisión.

Sin embargo, las intervenciones ambientales en los lugares de expedición de alcohol con la intención de modificar las condiciones bajo las que se expende estas bebidas y así facilitar un consumo responsable, no aportan evidencias fiables sobre la reducción de lesiones. El escaso cumplimiento de las intervenciones y la escasa potencia de los estudios realizados son los motivos de los resultados poco efectivos sobre el estudio de efectividad de estas medidas (Ker & Chinook, 2008).

De la misma manera, las intervenciones aplicadas en el ámbito no escolar para la prevención de la drogadicción en jóvenes (intervenciones breves/ entrevista motivacional, intervenciones familiares, intervenciones comunitarias con componentes múltiples y educación y entrenamiento de habilidades) también adolecen de falta de consistencia para identificarlas como intervenciones efectivas, desconociéndose también la relación coste-

efectividad. Las entrevistas motivacionales y algunas intervenciones familiares pueden presentar algún beneficio, pero no se recomienda su uso hasta que se hayan realizado más investigaciones (Gates & cols., 2008)

1.9.5. Intervenciones Comunitarias en el área de Salud Materno-Infantil.

A pesar de que la educación anticonceptiva es un elemento incorporado en la atención postparto, la revisión de López, Hiller y Grimes (2015) estudió el efecto de las intervenciones educacionales en el uso real de algún método de anticoncepción. En este sentido, las intervenciones analizadas se caracterizaban por la utilización de materiales escritos, cinta de video o audio, o asesoramiento individual o grupal, después del parto y tener una duración de un mes. Aunque la educación posparto acerca de la anticoncepción da lugar a un aumento del uso de la anticoncepción y menos embarazos no planificados, sobre todo, si se producen a corto plazo más que de forma intensiva, en el estudio no se diferenció la potencia de las intervenciones grupales frente a las otras estrategias educativas. Por lo que sería necesario seguir profundizando en ensayos que comprobaran la efectividad diferenciada por tipo de intervenciones.

Donde sí encontramos efectos positivos sobre la salud psicosocial de la madre, al menos a corto plazo, es con la puesta en marcha de Programas de entrenamiento grupal dirigidos a los/as tutores/as (Barlow & Coren, 2003), en cuyos resultados sí se constató un efecto favorable en la relación madre-hijo y en la salud psicológica del niño/a a corto y largo plazo. La efectividad de los diferentes programas de intervención evaluados en los veintiséis estudios incluidos en la revisión (programas conductuales, programas multimodales, programas cognitivo-conductuales, programas conductuales-humanísticos, programas de terapia racional emotiva) sobre la variedad de efectos estudiados (depresión, ansiedad, estrés, otra patologías psiquiátrica, autoestima, irritabilidad, la competencia social el apoyo social, la auto-eficacia paterna, sentimiento de culpa…) nos muestran resultados con significación aceptable en el meta-análisis para las variables de resultados relativas a depresión, ansiedad/estrés, apoyo social, autoestima, ajuste conyugal/relación de pareja.

Por otra parte, mencionar que a pesar de la constante presencia de los programas de educación prenatal en la oferta de servicios de Atención Primaria, Gagnon & Sandall

(2008) afirman que siguen sin conocerse los efectos reales de esta intervención, ya sea de forma individual o grupal sobre la adquisición de conocimientos, la ansiedad, el sentido de control, el dolor, el trabajo y el apoyo en el parto, la lactancia, las habilidades de atención infantil o la adaptación psicológica y social. La aceptación generalizada de estos programas en la población es la razón para que se realicen ensayos potentes que demuestren su efectividad.

En el ámbito de la Salud Infantil se han localizado dos revisiones. La revisión de Barlow & Parsons (2002) concluye positivamente sobre la bondad de programas grupales de entrenamiento conductual, cognitivo-conductual o en video para los/as tutores/as de niños/as menores de tres años en aras a mejorar el ajuste emocional y conductual de los infantes. Los resultados son limitados en cuanto a la efectividad a largo plazo de estos programas, no pudiéndose establecer conclusiones sólidas sobre el papel preventivo en problemas de salud mental infantil.

En la segunda revisión se obtuvieron resultados inefectivos sobre las intervenciones para la promoción de la reintegración y la reducción del comportamiento y modos de vida perjudiciales en niños y jóvenes relacionados con la calle (Coren & cols., 2013)**.**

1.9.6. Intervenciones Comunitarias para la prevención de los accidentes.

Las Intervenciones Comunitarias dirigidas a la prevención de accidentes son las que registran mayor número de estudios orientados a la evaluación de su efectividad.

Las diez revisiones de este apartado están muy polarizadas en dos grupos poblacionales concretos: los/as niños/as y las personas de edad más avanzada. Sólo dos de ellas están referidas a la población en general.

Las caídas en la población anciana es el accidente sobre el que hemos encontrado más documentación, en concreto, tres revisiones.

A pesar de no tratarse de una revisión con el máximo nivel de evidencia por concluir a partir de cinco ensayos en la Comunidad, McClure & cols. (2008) apoyan la necesidad de abordar

basado en la Comunidad para la prevención de lesiones relacionadas con caídas. Tres de estos estudios están basados en el Modelo de Comunidades Seguras de la OMS para la seguridad y la prevención de las lesiones (OMS, 1999) y en general, suponen una combinación de acciones que incluyen: educación a la Comunidad a través de diferentes agentes, profesionales sanitarios y medios de comunicación principalmente, visitas domiciliarias a la población con mayor riesgo, promoción de la actividad física y mental, el empleo del calzado seguro, y la modificación del ambiente para la reducción de los peligros en el hogar y en los espacios públicos. La revisión sistemática muestra la eficiencia de las intervenciones intersectoriales en la reducción de los problemas de salud comunitarios que forman la base de la práctica en salud pública.

Un estudio posterior basado en el análisis de veintiuna publicaciones en cinco países diferentes de Spink & cols. (2009) muestra la inexistencia de pruebas concluyentes sobre la efectividad del Modelo de Comunidades Seguras de la OMS en la reducción de la tasa de caídas, a pesar de la disminución de la frecuencia de lesiones tras la puesta en marcha del Modelo. Los autores argumentan que la heterogeneidad en su implantación, la intensidad variable de la implementación, la eficacia variable de las actividades y estrategias desarrolladas en cada población y las limitaciones metodológicas en las evaluaciones son la causa de la falta de consistencia. Así mismo orientan sobre la posibilidad de aumentar el éxito de las intervenciones si se utilizan actividades y estrategias con demostrada eficacia de manera independiente.

En este sentido, la conclusión del trabajo de Lesley & cols. (2010) sobre esta misma temática pero basada en el análisis de 111 ensayos clínicos, apoya la evidencia de algunas de las intervenciones comunitarias probadas en la revisión de McClure (2008), salvando así la limitación metodológica de los estudios incluidos. En concreto, la revisión de Lesley & cols. (2010) muestra la existencia de efectividad de la práctica de ejercicio en grupo, de Taichí en sesiones grupales y de un programa individualizado de ejercicio en el domicilio en la reducción del riesgo y la tasa de caídas en personas de edad avanzada. Las intervenciones multifactoriales son efectivas para reducir la tasa de caídas pero no el riesgo. Las intervenciones ambientales en el hogar no muestran evidencia de su efectividad, en cambio sí las realizadas en los espacios públicos.

La revisión de Turner & cols. (2008) sobre las Intervenciones Comunitarias para la prevención de las quemaduras y escaldaduras en niños/as, hace referencia a tres estudios

considerados de calidad sobre este riesgo, concluyendo en uno de ellos que hay efectividad en la reducción de las tasas de este tipo de accidentes.

En esta misma situación localizamos una revisión sobre la exposición al plomo en el hogar como motivo de intoxicación asociada con la deficiencia física, cognoscitiva y neuro-conductual en los/as niños/as. En esta línea, la revisión de Yeoh & cols. (2008) no muestra conclusiones válidas sobre la efectividad de las intervenciones educativas combinadas y remodelación de suelos en la reducción de los niveles de plomo sanguíneo en la población infantil.

Una tercera revisión sobre la prevención de lesiones por mordedura de perro a través de programas educacionales (Duperrex & cols. 2009) analiza dos estudios con calidad metodológica a través de los cuales se pone de manifiesto que estas intervenciones en el ámbito escolar tienen un efecto positivo a corto plazo sobre el conocimiento, la actitud y el comportamiento de los/as niños/as, pero se desconoce la duración del efecto y no se puede concluir sobre la mejor forma de implementar dichos programas. Sin embargo, no hay evidencia sobre la efectividad en adolescentes.

No obstante, sí parece haber evidencia sobre la efectividad de diversas intervenciones dirigidas a prevenir accidentes a través de la promoción del uso de elevadores para niños/as de cuatro a ocho años que viajaban en automóvil, tuvieron un efecto significativo respecto a la aplicación de medidas preventivas y al cumplimiento de la Ley en este grupo poblacional, pues tanto los incentivos proporcionados y la distribución gratuita de asientos elevados en combinación con orientaciones educativas como la educación vial por sí misma, se mostraron eficaces en la prevención (Ehiri & cols., 2008).

Respecto a las investigaciones sobre intervenciones en población general para la prevención de accidentes, y más concretamente de lesiones oculares, no muestran resultados concluyentes. La evidencia de las actuaciones para la modificación del ambiente doméstico no es suficiente para determinar los efectos ni modificar los peligros del hogar (Lyon & cols. 2008). Igualmente no se han hallado evidencias que respalden la hipótesis de que las intervenciones educativas ayuden a prevenir las heridas oculares que, en muchos casos, son causa de ceguera. Por lo que no se aconsejan su aplicación al no lograr una confirmación de la reducción sostenida de las tasas de heridas oculares (Shah & cols., 2009).

1.9.7. Otras Intervenciones Comunitarias.

Sobre la alimentación saludable se han localizado dos revisiones. La primera de ellas (Kristjansson EA & cols., 2008) con el objetivo de determinar la efectividad de los programas de provisión de comidas en los centros educativos para mejorar la salud física y psicosocial de los escolares pertenecientes a familias empobrecidas. Aunque se observan algunos pequeños beneficios para estos niños/as, los autores recomiendan realizar estudios adicionales bien diseñados, que informen de resultados según el nivel socioeconómico, que obtengan datos consistentes sobre ambos procesos y que se seleccionen cuidadosamente los efectos a medir. La segunda revisión sobre sesenta y cuatro ensayos clínicos de Luttikhuis & cols. (2009) pone de manifiesto que las intervenciones sobre el estilo de vida dirigidas a las familias, combinadas con un programa conductual que tenga por objetivo el cambio de los patrones de pensamiento relacionados con la dieta y la actividad física, proporcionan una reducción clínicamente significativa del sobrepeso en los/as niños/as y los/as adolescentes en comparación con la atención estándar o la autoayuda a corto y largo plazo.

Sobre Desigualdades en Salud se rescata la única revisión que evalúa las coaliciones comunitarias como estrategia para la mejoría del estado de salud o la reducción de las desigualdades entre las minorías raciales y étnicas (Anderson & cols., 2015). Se compararon cuatro tipos de estrategias de un total de 58 estudios en las que se involucraron a representantes de las comunidades minoritarias para crear ambientes comunitarios de apoyo en la toma de decisiones y en la mejora de la calidad de vida. Los resultados indican que las estrategias con efectos positivos más consistentes son aquellas que utilizan a trabajadores sanitarios no especializados como mediadores con estos grupos y la educación sanitaria grupal dirigida por profesionales. Se producen efectos positivos pequeños como: Programas dirigidos al comportamiento del personal en un Sistema de Atención Sanitaria o Social, y mejora de la accesibilidad a los servicios. En cambio los efectos son inconsistentes con las estrategias de cambio a nivel comunitario como iniciativas dirigidas a contextos físicos como la vivienda, los espacios verdes, la seguridad del vecindario…, o la Educación Sanitaria grupal dirigida por pares.

En el área de Salud Mental nos encontramos con la evaluación de tres intervenciones dirigidas a pacientes con Esquizofrenia, cuyos resultados no muestran evidencias respecto a su efectividad. La falta de estudios relevantes sobre la atención de pacientes con esquizofrenia no permite disponer de resultados determinantes sobre si la atención

colaborativa es efectiva para los pacientes con esta enfermedad, pese a observarse reducción de ingresos hospitalarios en algunos ensayos clínicos (Reilly & cols., 2013). Por otra parte, la escasa calidad metodológica de los estudios localizados impide la demostración de la bondad de la intervención familiar en la reducción del riesgo de recidiva y re-hospitalización, en la toma sistemática de su medicación así como en la disminución de la tensión familiar en este tipo de pacientes. Por este motivo, Pharoah, Rathbone, & Wong, autores de dicha revisión (2010), proponen el seguimiento de las recomendaciones de CONSORT en el informe de las futuras investigaciones de cara a obtener evidencias respecto a la eficacia de la intervención familiar. Ese mismo argumento se plantea también en la falta de resultados concluyentes que apoyen o rebatan la efectividad de la terapia de baile en este grupo de enfermos/as (Xia & Grant, 2009)

Se localizó una revisión sobre cuatro estudios que pretenden probar el efecto de tres tipos de intervenciones institucionales para la mejora del bienestar y la reducción del estrés laboral de los docentes en las escuelas. Aunque el cambio en la organización del trabajo puede influir en la mejora de las condiciones laborales, es necesario investigaciones de mayor calidad metodológica (asignación aleatoria, mayor número de participantes, menor mortandad experimental…) para llegar a resultados concluyentes. (Naghieh, Montgomery, Bonell, Thompson & Aber, 2015).

La evaluación de las intervenciones a nivel de la comunidad para aumentar el uso de preservativos como estrategia de prevención en la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual no muestra resultados concluyentes. Sin embargo, los autores de esta revisión alertan de la cautela de estos resultados por estar basados en estudios en su mayoría desarrollados en población del África subsahariana, con características sociales y culturales muy diversas, y por lo tanto, con limitado poder de generalización (Moreno & cols., 2014).

CAPÍTULO 2:

EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y SU APLICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Conocer los significados que los profesionales atribuyen a la Intervención Comunitaria es imprescindible en el intento de entender el por qué de la situación de esta vertiente de la Atención de Salud en Atención Primaria. Para comprender las prácticas, es importante acercarse a su dimensión simbólica, porque "sería difícil explicar la acción humana y, sin duda, el comportamiento social sin un conocimiento de los procesos cognitivos que sirven como mediadores entre la realidad física u objetiva y la reacción de un individuo" (Jaspars & Hewstone, 1988, p.11).

Consciente de que hay diversas perspectivas teóricas para aproximarnos al entendimiento de las creencias, conocimientos, concepciones, símbolos, percepciones… sobre la Intervención Comunitaria en Salud de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, en esta tesis se ha optado por recurrir al concepto central de Representación Social como herramienta analítica para descifrar la construcción de significados en torno a objetos sociales.

Las Representaciones Sociales aparecen inicialmente como una dimensión social de la atribución en la teoría de Heider (1958) por la que este autor intentaba explicar cómo las creencias compartidas por un gran número de personas de un grupo o de una cultura dirigen y explican su propio comportamiento y el de los demás en la vida cotidiana. Posteriormente, Moscovici (1989) rescata este concepto, reformulando la idea de representaciones colectivas de Durkheim (1989) denominando a esas creencias sociales más amplias, Representaciones Sociales. Éstas constituyen el eje central de la investigación de este autor en su libro *La psychanalyse, son image et son public* (1961). Con esta obra, Moscovici pretendía revelar cómo una nueva teoría científica o política se difunde en una cultura determinada, cómo es transformada durante este proceso de diseminación y cómo puede cambiar a su vez la visión que la gente tiene de sí misma y del mundo que le rodea.

El desarrollo tan amplio y largo de la teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici durante más de 50 años, principalmente en el contexto europeo, aunque con una gran expansión en los países latinoamericanos, es calificado por Farr (1993) como privativo de escasas teorías en las Ciencias Sociales. Esta circunstancia da garantías de la actualidad, riqueza y firmeza de estos presupuestos teóricos en el tema de estudio que nos ocupa.

2.1. Concepto y funciones de las Representaciones Sociales.

Algo que identifica a la Representación Social es la pluralidad de definiciones que tratan de conceptualizarla, reflejo de la complejidad de los elementos que encierra, aunque aparentemente sean fáciles de captar.

Las definiciones de los más destacados estudiosos de la Teoría de las Representaciones Sociales muestran este complejo concepto con las dimensiones más relevantes de este constructo.

La definición de María Auxiliadora Banchs (1986, p.39) desvela los múltiples contenidos que integran el término Representación Social: "La forma de conocimiento del sentido común propio a las sociedades modernas…en cuyos contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad..." . No es simplemente la identificación del nivel de conocimiento u opinión sobre un objeto de estudio, sino la implicación del sujeto con éste y su atribución axiológica.

La Representación Social o Colectiva como prefiere llamarla Jodelet (1988, p.469-473) es "una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social", y por consiguiente el ejercicio cognoscitivo de los individuos y grupos sobre las situaciones, los acontecimientos, los objetos… que le conciernen. La Representación Social integra la aprehensión que hacemos de los acontecimientos de nuestra realidad, por eso este autor la califica de "conocimiento de sentido común…, pensamiento natural…, conocimiento práctico…, conocimiento socialmente elaborado y compartido…" En definitiva, es un sistema de interpretación simbólica de la realidad, una forma de conocimiento sobre algo y de alguien interesado por ese objeto.

Existen dos elementos importantes en las Representaciones Sociales. El primero relativo a la dimensión motivacional de la misma ofrecido también en la noción de Robert Farr (1988, p.496) al señalar que aparece "cuando los individuos debaten aspectos de interés mutuo o cuando se hacen eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tiene el control de los medios de comunicación". Por ello, este autor insiste en la necesidad de atender al discurso y al contenido de las conversaciones para el estudio de las Representaciones Sociales.

Y un segundo elemento referido al carácter social de la Representación Social, porque se deriva del uso de un sistema de codificación e interpretación proporcionado por el contexto, los valores y aspiraciones sociales de los individuos. Esta dimensión se produce en el intercambio de las relaciones y comunicaciones sociales. "Su función proviene de que son compartidas a nivel de una misma comunidad por lo que se refiere a las representaciones colectivas" (Farr, 1988, p.496). De esta forma, cada persona aprende su manera de manipular las informaciones canalizadas, pero no de manera individual, sino de acuerdo con el contenido y el valor que ellas representan para su grupo. Así, propician la elaboración de una identidad social y personal de acuerdo al sistema de normas y valores socialmente determinado.

Apreciamos que Farr también utiliza el término de representaciones colectivas, al igual que Ibañez (1988) que lamenta la sustitución del término colectivo por el de social, porque con ello se eliminaron los vínculos entre las representaciones y los procesos sociales.

Domínguez Rubio (2006) es bastante reflexivo sobre el calificativo *social* de la Representación Social, por lo ambiguo, flexible y laxo del término que pudiera incitar a todo lo que concierne al origen social en contraposición a lo individual. Sin embargo, distintos autores coinciden en considerar que la Representación es Social por su carácter compartido, su génesis en la interacción y sus funciones (Moscovici, 1998, p.241; Ibáñez, 1988, p.43; Jodelet, 1988, p.473; Páez, 1987, p.300). Doise (1991) también otorga una importancia esencial a la interacción y al contexto en la elaboración de las Representaciones Sociales, instando a su consideración como conocimientos socialmente elaborados y compartidos.

Rodríguez (2003) plantea que las críticas vertidas sobre la dimensión social de la Representación y su carácter de construcción activo están más referidas a la organización de los estudios empíricos (sobre todo, los de tipo cuantitativo) que a los planteamientos teóricos.

En este sentido, Banchs (1994) insiste en que las Representaciones Sociales no son individuales ni su origen tiene ese carácter, a pesar de que operan en el plano individual. Ivana Marková (1996) considera la interdependencia entre lo individual y lo social en su definición de: "son parte de un entorno social simbólico en el que viven las personas. Al mismo tiempo ese entorno se re-construye a través de las actividades de los individuos, sobre todo por medio del lenguaje… Estos dos componentes de las Representaciones Sociales, lo social y lo individual son mutuamente interdependientes" (p.163). Las Representaciones

Sociales suponen la elaboración intersubjetiva de imágenes sobre los elementos de la realidad de la vida cotidiana que se comparte con otros, porque como afirman Berger y Luckmann (1986, p.40) "no puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme continuamente con otros", de cuya relación, el individuo va construyendo sus representaciones.

La definición de Páez (1987, p.297) añade más elementos al contenido de la Representación Social, al considerarla como "la forma presistematizada o vulgarizada, en el discurso de sentido común, de las ideologías… se trata del discurso ideológico no institucionalizado". Este autor coincide con Banchs en caracterizarla por ser una actitud hacia un objeto social, que implica una manera de actuar o de responder ante ese objeto.

Esta última apreciación nos deriva a otro de los elementos inherentes al concepto de Representación Social, su relación con los comportamientos y prácticas sociales. La gran mayoría de las definiciones integran la funcionalidad de este constructo como modulador de las prácticas y de las relaciones con los demás. De esta forma para el creador de la teoría son:

> … una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos…La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici 1979, citado por Araya, 2002, p.27).

Podría establecerse una relación de reciprocidad entre las representaciones y las prácticas, porque aunque las personas actúen en función de las mismas, éstas también pueden cambiar en base a sus comportamientos y prácticas. Por esto, Wagner (1993) rechaza la idea de relación causal de la representación a la conducta, aseverando que tanto las creencias como las acciones forman parte de las representaciones y por tanto, conceptualmente no deben ser separadas.

Para Ayestaran, De Rosa & Páez (1987, p.17) "la representación es, en definitiva, una estructura cognitiva que tiene como funciones el procesamiento de la información, el otorgarle un sentido al medio, y el servir de guía o plan para las conductas". De esta noción se derivan ciertas características de la Representación Social: la reproducción mental de un

objeto de una manera simbólica y la conceptualización de la realidad a partir de la activación del conocimiento previo mediante un proceso de reconstrucción.

Di Giacomo (1987) compila las características de las Representaciones Sociales en las que hay consenso entre los diferentes investigadores, identificándolas como opiniones compartidas por los miembros de los grupos, dotadas de una estructura que es la que le confiere carácter de Representación Social, junto a los elementos emocionales y actitudinales hacia el objeto de la Representación y las conductas específicas que de ella se derivan.

La Representación Social se convierte en un proceso de construcción de la realidad mediante el intercambio del conocimiento en los grupos naturales y sociales en contextos determinados donde a través de los medios de comunicación, el lenguaje, la interacción cara a cara, la comunicación… se producen. Es significativa la afirmación de Farr (1988, p.503) sobre la doble función de las Representaciones Sociales "hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible".

La profesora Antonia Oliveira Silva, en el marco de un curso sobre Representaciones Sociales en la Universidad de Huelva en el año 2004 identificaba cuatro funciones de las Representaciones Sociales: *función de formación de conductas* que guían los comportamientos y las prácticas; la *función de orientación de las comunicaciones sociales*, que permiten comprender y explicar la realidad; una *función identitaria*, en la medida que define la identidad y permite salvaguardar la imagen positiva del grupo y su especificidad; y una *función justificadora*, que permite a los sujetos mantener o reforzar los comportamientos de diferenciación social, en las relaciones entre los grupos.

Como muy bien dice Araya (2002, p.9) el concepto de Representación Social "unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción".

2.2. La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici.

Tras una década de investigaciones empíricas y construcciones teóricas, Serge Moscovici (1961) publica su tesis doctoral fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Su objeto de estudio era el entendimiento de la naturaleza del pensamiento social bajo el prisma del psicoanálisis. Pero la influencia teórica de Sigmund Freud no fue la única

en su trabajo. El mismo Moscovici (citado en Araya (2002, p.20) identifica otras tres corrientes influyentes en su Teoría: Las aportaciones de la sociología clásica de Emile Durkheim (1989) y su concepto de representaciones colectivas, el estudio de las funciones mentales en sociedades primitivas de Lucie Lévy-Bruhl (1910) y la importancia del lenguaje en los procesos de construcción de la inteligencia de los niños y niñas de la teoría de Jean Piaget (1923).

Esta Teoría tuvo eco en escasos estudios durante los sucesivos años de su formulación. Hubo de pasar una década, para que autoras/es como Jodelet y Farr retomaran sus proposiciones. Ibañez (1988) atribuye este período de latencia al predominio del Conductismo, a la influencia del psicologismo, a la desconsideración de los trabajos de procedencia europea frente al dominio estadounidense, y por último, a elementos polémicos en sí de la propia teoría, como el mecanismo de anclaje.

Los elementos claves de la Teoría de las Representaciones Sociales son, el énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social. Moscovici (1991) plantea que en la relación del sujeto con el objeto social, no sólo interviene un individuo, sino que intervienen más sujetos, a los que el autor denomina *Alter*, que también están íntimamente relacionados con el objeto, formando así un esquema triádico.

2.2.1. La construcción de las Representaciones Sociales.

La elaboración y funcionamiento de una Representación Social se produce mediante dos procesos: la objetivación y el anclaje.

El *proceso de objetivación* no es exclusivo de esta Teoría, pero en ella se alude al mecanismo de transformación de conceptos abstractos extraños en representaciones concretas. Mediante el proceso de objetivación se explica cómo lo social transforma un conocimiento en representación, posibilitando la creación y estructuración de una imagen sobre el objeto. Se produce un intercambio entre percepción y concepto en tres fases que Jodelet identifica como: "construcción selectiva, esquematización estructurante y naturalización" (1988, p.483).

La construcción selectiva es la aprehensión discriminada de los elementos del objeto que más tarde serán libremente organizados. En esta organización intervienen factores culturales y normativos que determinan un procesamiento diferencial en los individuos.

La esquematización estructurante consiste en la formación de un esquema figurativo, una imagen, una forma icónica que estructura los objetos capturados en la fase anterior. Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici (1979, 1981, 1984) designa con el nombre de *núcleo figurativo*. Abric lo asemeja al *núcleo central,* como elemento sobre el que se crea la Representación Social, determinando a la vez la significación y la organización de la misma. "Este núcleo central está compuesto de aquellos elementos cuya ausencia desestructuraría o daría una significación radicalmente diferente al conjunto" (1982, p.73).

La fase de naturalización hace referencia a la sustitución del objeto de la realidad por la nueva imagen formada que lo identifica. Esta imagen adopta un carácter natural y autónomo, copando la percepción del objeto y perdiendo su simbolismo para hacerse realidad misma para el sujeto.

El *proceso de anclaje*, actúa en una dirección diferente al proceso de objetivación, en el sentido de que provoca el enraizamiento social de la Representación y de su objeto, traduciéndose en el significado y utilidad que le confiere la colectividad. Para Jodelet (1988, p.486), el anclaje implica otro aspecto "la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente". No es, por tanto, la Representación Social la constitución formal de un conocimiento, sino su inmersión dentro del pensamiento conformado. Como apunta Mora (2002, p.12) "designa la inserción de una ciencia en la jerarquía de valores y entre las operaciones realizada por la sociedad… adquiriendo una funcionalidad reguladora de la interacción grupal".

De esta forma, por el proceso de anclaje se articula la función cognitiva, la de interpretación de la realidad y la de orientación de las conductas y las relaciones sociales de toda Representación Social.

Para Araya (2002) el proceso de anclaje permite comprender cómo se concede significación al objeto representado, cómo se utiliza la representación en la expresión y construcción de las relaciones sociales y cómo la representación guía la conducta. Así, la actuación conjunta de la objetivación y el anclaje orientan los comportamientos.

Para Moscovici (citado en Rodríguez Salazar, 2003), la fuerza de estos dos procesos en la génesis de la Representación Social le lleva a distinguir tres clases de representaciones: a) Representaciones hegemónicas, uniformes o coercitivas, que prevalecen en las prácticas simbólicas y afectivas. b) Representaciones emancipadas, que surgen de la circulación de conocimientos e ideas de algunos grupos. c) Representaciones polémicas que se expresan como aceptación y resistencia y son creadas en conflictos sociales.

2.2.2. Las dimensiones de las Representaciones Sociales.

Moscovici (1979) identifica tres dimensiones en las Representaciones Sociales: la actitud, la información y el campo de representación.

La *actitud* es la disposición global favorable o desfavorable de una representación hacia el objeto que identifica. Su detección en el discurso de los individuos es la que ofrece menos dificultad, porque el lenguaje está cargado de reacciones emocionales que le confieren valor y significados. Para Araya (2002) es el elemento de la representación más resistente y se encuentra presente aunque el resto de las dimensiones no emerjan. Su influencia sobre la conducta es la que la aproxima al concepto de la Representación Social.

La *información* se refiere al conjunto de conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto social, determinado por su cantidad y calidad. Se detecta por la riqueza de datos y explicaciones que nos facilitan las personas sobre la realidad estudiada.

El *campo de representación*, nos indica qué organización interna se le concede a los elementos que configuran la Representación Social, cómo quedan ensamblados en la representación. Es el elemento que integra el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en la Representación Social. El campo de representación es el elemento más difícil de identificar, pero el más interesante porque nos conduce directamente a la parte más sólida y estable de esta Teoría, como es el núcleo figurativo o central que se construye en la fase de objetivación tal y como se ha expresado anteriormente. El cambio social no se produce si las intervenciones no se dirigen a la modificación del campo de representación puesto que de él depende el significado global de la misma. Esto tiene importante implicaciones en el cambio de las conductas sociales.

En resumen, conocer una Representación Social supone saber "qué se sabe (información) qué se cree, cómo se interpreta (campo de representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud)" (Araya, 2002, p.41).

2.3. Los enfoques en el estudio de las Representaciones Sociales.

La consideración de las Representaciones Sociales como pensamiento constituyente (proceso) y a la vez pensamiento constituido (producto o contenidos) ha provocado el desarrollo de enfoques diferenciados en su estudio.

Pereira de Sá (1998) y Araya (2002) identifican tres líneas de investigación sobre las Representaciones Sociales que han ido perfeccionándose a lo largo del tiempo:

- La Escuela Clásica, cuya máxima exponente es Denise Jodelet, fiel seguidora de los postulados de Serge Moscovici. Esta línea se centra más en el aspecto constituyente de la Representación Social, recurriendo a técnicas cualitativas, como la Entrevista, Grupos de Discusión… para su análisis. A partir de esta línea se ha desarrollado el Enfoque Procesual en el estudio de las mismas.
- La Escuela de Aix-en-Provence, con Jean Claude Abric como principal representante, focalizada en los procesos cognitivos, en los productos de la Representación Social, y conocida como el Enfoque Estructural. Recurre a postulados que se derivan del Método Experimental.
- La tercera línea ha sido impulsada por Willem Doise en Ginebra con un enfoque más sociológico y basada en "las condiciones de producción y circulación de las Representaciones Sociales" (Pereira de Sá, 1998, p.74). Desde esta línea no se ha desarrollado un enfoque específico para el estudio de las Representaciones Sociales.

Se distinguen dos enfoques en el estudio de las Representaciones Sociales: *El enfoque procesual y el enfoque estructural.*

> El enfoque procesual descansa en postulados cualitativos y privilegia el análisis de lo social, de la cultura y de las interacciones sociales, en general. El estructural, privilegia el funcionamiento cognitivo y el psíquico y para ello recurre a los postulados que se derivan del método experimental así como a sofisticados análisis multivariados. (Araya, 2002, p.48).

Banchs (2000) advierte de la escasez de estudios en los que ambos enfoques se integran, a pesar de que sería lo deseable, así como de la dificultad en el enfoque procesual de abordar los procesos de construcción social de las Representaciones Sociales.

Los presupuestos epistemológicos del enfoque procesual, cercano al Interaccionismo Simbólico, descansan sobre el acercamiento hermenéutico hacia las Representaciones Sociales. El análisis de los discursos de los individuos nos permite acceder a los símbolos y significados que las personas conceden a los diferentes aspectos que conforman nuestra realidad, lo que implica abordar el conocimiento del sentido común que dirige gran parte de nuestro comportamiento diario. La triangulación de la información generada por la utilización de diversas técnicas de recogida y análisis cualitativo de los discursos generados en conversaciones espontáneas o inducidas por entrevistas individuales u otras técnicas grupales, permitirán acceder a las Representaciones Sociales.

El enfoque estructural descansa sobre la teoría del núcleo de Abric (1982), que constituye el elemento central y más resistente al cambio del campo de representación de una Representación Social, confiriéndole coherencia y significación global. Desde esta perspectiva, basada en los principios epistemológicos de la Psicología Social Cognitiva, el análisis de las Representaciones Sociales requiere la identificación de su contenido y estructura, con independencia de su significación y simbolismo para el individuo, motivo por el que ha recibido muchas críticas. Esta perspectiva ha generado el desarrollo de una metodología específica de recolección y la aplicación de técnicas de análisis de correlación y multivariante. No obstante, hay autores como Rodríguez (2007) que consideran que es posible acceder al núcleo figurativo de las Representaciones Sociales mediante procedimientos enfocados en el discurso, atendiendo a sus propiedades simbólicas, expresivas y asociativas.

Recuerda el planteamiento del doble enfoque procesual y estructural, a la eterna discusión entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa en el estudio de la realidad. Autores como Ibáñez (1994) afirman que la utilización de los procedimientos cuantitativos del enfoque estructural surge como producto de las reticencias hacia el enfoque cualitativo de determinados sectores de la comunidad de investigadores/as.

Más allá de esta discusión metodológica, ambas perspectivas reflejan dos diferencias para Banchs (2000, p. 9) “Un uso claramente distinto del lenguaje… y una presencia claramente diferente de lo social en unos y otros”. El enfoque procesual, enclavado en el paradigma

socio-construccionista, invita a profundizar en la riqueza simbólica de los significados cambiantes, mientras que el enfoque estructural, heredero de la perspectiva positivista, conduce a la confirmación, clasificación y validación de hipótesis. Este último enfoque nos aleja del sentido en sí de la Representación Social por dar respuesta al exacerbado desarrollo de la ciencia positivista. Esta autora también advierte de que es posible que en todos los trabajos cualitativos no se integren los contenidos sociales, o que en el enfoque estructural, no siempre se excluya lo social, aunque el predominio metodológico hacia lo cuantitativo dificulta la aprehensión de una Teoría principalmente crítica y social como la de las Representaciones Sociales.

A pesar de los argumentos a favor del enfoque procesual, Ibañez (1994) afirma que hasta la última década del siglo XX, la mayor parte de la producción científica europea sobre las Representaciones Sociales (90%) optaba por el enfoque estructural. Sin embargo en la producción latinoamericana prevalece el acercamiento desde la perspectiva cualitativa (Banchs, 2000).

En cuanto a las técnicas de recogida de información, Araya (2002) realiza una buena recopilación para el estudio de las Representaciones Sociales, clasificándolas en:

- Técnicas Interrogativas, que acogen la entrevista, las tablas inductoras, los dibujos y soportes gráficos y las técnicas etnográficas.
- Técnicas Asociativas, donde se incluyen la asociación libre de ideas y la carta asociativa.
- Un conjunto de técnicas más utilizadas en el enfoque estructural que se engloban como Métodos de identificación de la organización y de la estructura de una representación y que se clasifican en :
    - Técnicas de Identificación de los lazos entre elementos de la representación (construcción de pares de palabras, comparación pareada y constitución de conjunto de los términos)
    - Técnicas de Jerarquización de ítems (los tris jerarquizados sucesivos y las elecciones sucesivas por bloques)
    - Técnicas de Control de la Centralidad (Técnica de cuestionamiento del núcleo central, técnica de inducción por guión ambiguo y técnica de los esquemas cognitivos de base).

2.4. La investigación de las Representaciones Sociales en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

Spink (1993) y Moñivas (1994) señalan el carácter inter y transdisciplinar de las Representaciones Sociales, lo que justifica los diversos enfoques y aplicaciones en los diferentes campos científicos.

Las Ciencias de la Salud han sido una de estas disciplinas donde la investigación de las Representaciones Sociales más se ha expandido. El estudio pionero se debe a Herzlich (1969), que analizó a través de 300 conversaciones no directivas con habitantes sanos y enfermos de París y Normandia, las concepciones sobre la Salud y la Enfermedad. Sus estudios continuados sobre esta temática junto con Pierret (1984) durante más de dos décadas le convierte en la autora representativa de la aplicación de la Teoría de Moscovici en este terreno desde un enfoque procesual.

Tras sus investigaciones se han sucedido multitud de estudios que nos demuestran la aplicabilidad y aceptación de esta corriente en diversas áreas de la Salud. Una de las más prolíferas ha sido el área de Salud Mental, en la que destacan la tesis de Jodelet (1983) sobre una comunidad rural del centro de Francia que acogía a enfermos mentales de forma institucionalizada. Investigaciones más recientes están centradas en las Representaciones Sociales sobre la enfermedad mental de la población general (Mora, Flores, Alba & Marroquín, 2003; Goerg, Fischerr, Zbinden & Guimón, 2004), de las familias de enfermos mentales (Colvero, Ide & Rolin, 2004; Vasconcelos, Jorge, Guimaraes & Pinto, 2008; Jorge, Ramírez, Lopes, Queiroz & Bastos, 2008), de los profesionales sanitarios y agentes comunitarios (Morant, 2006; Pereira, Barbieri, Praciano de Paula & Paschoalato, 2007) o el estudio sobre las Representaciones Sociales reflejadas en la prensa española (Bueno & Mestre, 2005).

El S.I.D.A. ha sido otra de las enfermedades sobre la que abundan estudios de Representaciones Sociales. Entre los que habría que mencionar el estudio de Tsala (2004), de Fernandes & Horta (2005), la investigación de Petersen, Mason, Bhana & Mckay (2006), la de Araujo & Menicucci (2008) o la de Cardona (2010), y por último, la tesis doctoral de César San Juan Guillén (1992), defendida en la Universidad del País Vasco.

Brasil ha sido uno de los países donde más ha calado la aplicación de la Teoría de las Representaciones Sociales en el ámbito de la Salud. Los estudios bibliométricos de Rummler & Spínola (2005) y Rummler (2007) ponen de manifiesto los numerosos estudios empíricos recogidos en las revistas de Ciencias de la Salud brasileñas, y su gran conexión con las disciplinas de Enfermería y Salud Pública. En estas áreas, la expansión de esta Teoría se produce a expensas de diversas investigaciones y tesis doctorales durante el periodo de los años 1979 y 2000.

Padilha, Silva & Coelho (2007) mencionan el uso de la Teoría de las Representaciones Sociales como referente teórico-metodológico de tres programas de postgrado de Enfermería en Brasil, evidenciando la importancia de este método en la investigación sobre el cuidado de la salud.

En España, tras una búsqueda en la base de datos TESEO, se localizan un total de 36 tesis referidas a Representaciones Sociales, de las cuales, siete corresponden al área de la salud, centradas en diferentes procesos: el S.I.D.A. (San Juan, 1992), el alzheimer (Martorell, 2009), el chagas (León, 1997), las drogas (Martínez, 2006; Henao, 2010), o la Educación para la Salud (Sánchez-Candamio, 1994).

2.4.1. La Teoría de las Representaciones Sociales y su utilización en el área de Salud Comunitaria

La abundante producción científica sobre el estudio de las Representaciones Sociales en la Salud en diferentes grupos, justificaría la idoneidad de su utilización. No obstante y de forma previa, hay que señalar las reflexiones de varias autoras que ponen énfasis en la necesidad, importancia y relevancia del acercamiento a la utilización de las Representaciones Sociales para una Intervención Comunitaria más adaptada y eficiente.

Una de estas autoras, Maríane Krause Jacob (1999) resalta los beneficios del estudio de las Representaciones Sociales para la Psicología Comunitaria, por aportar un área de investigación necesario para el cuerpo teórico de esta disciplina, por nutrir la necesaria redefinición del concepto de comunidad y por abrir un ámbito de intervención de gran relevancia previo a las acciones comunitarias.

Campbell & Jovchelovitch (2000) ponen de relieve el papel de las Representaciones Sociales en la participación comunitaria, elemento clave de la Intervención Comunitaria en Salud. En su trabajo resaltan el protagonismo de la participación de la comunidad como estrategia fundamental en las políticas y acciones encaminadas a la reducción de las desigualdades en salud, así como la contribución que puede realizarse desde el campo de la Psicología Social. En este sentido, identifican tres dimensiones claves para comprender la formación de la comunidad en todo lo concerniente a la participación, entre las que se encuentra las Representaciones Sociales:

> … 1) an identity which the community is able to articulate; 2) a set of social representations which organises the worldviews of community members and guides their interpretation of reality and their everyday practice; 3) the conditions and constraints of access to power, both in terms of material resources and symbolic recognition. Participation, as the enactment of these dimensions, is the process whereby community is actualized, negotiated and eventually transformed. (Campbell & Jovchelovitch, 2000, p.10).

El trabajo de Howarth, Foster & Dorrer (2004) va dirigido a demostrar la aplicación de las Representaciones Sociales, incidiendo en el valor de esta Teoría en la Investigación en Salud con una orientación comunitaria. Insisten en la necesidad de explorar el significado de las prácticas sociales relacionadas con la Salud y la Enfermedad y de valorar el impacto que las Representaciones Sociales tienen en las identidades de los grupos. Su propuesta es que la investigación en esa línea tiene que ser culturalmente sensible y conscientemente reflexiva, intentando reconocer las diferencias entre los sistemas de conocimiento de los investigadores y la comunidad investigada, tratando de entenderlas desde sus distintas perspectivas, culturalmente arraigadas. Estos autores son críticos sobre la intencionalidad de las investigaciones de Representaciones Sociales, proponiendo que éstas tengan un carácter proactivo, para que se conviertan en vectores de cambio, en vías de acercamiento a la comunidad y de aproximación entre investigadores y agentes sociales.

Christine Stephens (2007) reflexiona sobre la utilidad de la Teoría de las Representaciones Sociales, por proporcionar un enfoque más amplio, no limitado únicamente a la dialéctica, sino ampliado a la explicación de los comportamientos y prácticas en salud, necesario en la intervención de Promoción de la Salud. Esta autora parte de la demostración de la diversidad de Representaciones Sociales que sobre el propio concepto de comunidad encontramos entre expertos y profesionales, para justificar la riqueza y complejidad de las

Representaciones Sociales sobre las prácticas de salud en la propia comunidad. Insta a profundizar en esa complejidad para adaptar las intervenciones en Promoción de Salud en base a estudios que ya han demostrado que los comportamientos de salud tienen diferentes significados para diferentes grupos sociales (Chamberlain & O`Neill, 1998), que los mensajes de Promoción de la Salud promueven prácticas diferentes en contextos diferentes (Crossley, 2004), o que la participación en actividades comunitarias es cultural y contextualmente contingente (Campbell y McLean, 2003). Su reflexión final sobre la necesidad de ser críticos con las representaciones sobre la propia comunidad enlaza perfectamente con el objeto de estudio de esta tesis:

> It is most important that, as researchers and practitioners, involved in community development approaches to health promotion, we are critical of our own representations of 'community' in this way, and beware of the implications that certain representations provide for identity, practice and power relations. (Stephens, 2007, p.112).

En el ámbito de la Salud Comunitaria, el análisis de las representaciones sobre la Salud y la Enfermedad es la producción temática más abundante. El conocimiento de esta dimensión como preámbulo a la Intervención Comunitaria en Salud la hace imprescindible. Howarth (2001, 2002) y Campbell (2000), plantean argumentos para justificar la necesidad de acercarnos a las concepciones que diferentes grupos sociales tienen sobre la Salud, como elemento vertebrador de cualquier intervención en salud o de la puesta en marcha de programas de Educación para la Salud. En este sentido, hay que mencionar algunos de los estudios más recientes encontrados sobre esta temática y desarrollados en diferentes países americanos y europeos.

Brasil es el país con más producción sobre Representaciones Sociales de la Salud. Dichas investigaciones están centradas en diversos colectivos como: mujeres (Peres, Franco & Dos Santos, 2008), jóvenes (Cromack, 2009), en población general (Gomes & Aguiar, 2006), en una comunidad indígena brasileña (Von Held, López, Bittencourt de Sá & Silva Porto, 2008). Otros estudios están localizados en México, concretamente en población adulta (Torres, Munguía, Pozos & Aguilera, 2010); un estudio canadiense centrado en población adolescente y joven (Murray, Pullman & Heathrodgers, 2003); o un estudio alemán sobre Representaciones de la Salud y alimentación en atletas de alta competición (Thiel & cols., 2011).

En el contexto español se han localizado tres artículos en revistas, dos de ellos publicados en la década de los noventa del siglo pasado focalizados en población general (Echebarría, Sanjuan & Agustín, 1992; Matute, Gil, Aragón & García, 1999). El tercer documento más reciente de Conde y Gabriel (2002) viene a ser la continuidad de una línea de trabajo ya iniciada a finales de 1990 por la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. En el año 1998, se publicaron desde este Organismo un total de cinco monografías, correspondientes a informes técnicos de las Representaciones Sociales sobre salud de diferentes colectivos madrileños: mujeres, niños de 6 a 12 años, jóvenes, población activa masculina y mayores. Estas publicaciones corresponden a un Plan de Investigación iniciado por la Dirección General de Salud Pública de esta Comunidad para crear un Sistema de Información Sociocultural de Salud que orientase la estrategia de Promoción de Salud en Madrid (Gil, Estrada, Pires & Aguirre, 2002). Conde y Gabriel (2002) realizan una comparación entre los resultados publicados en 1998 con una nueva evaluación realizada en el año 2000 en las mujeres madrileñas, con el objetivo de describir la evolución de sus Representaciones Sociales y reorientar los Prograas de Salud dirigidos a este sector de la sociedad. La recogida de datos estuvo basada en el desarrollo de diez grupos de discusión con mujeres de tipología similar a la utilizada en el estudio precedente.

2.4.2. La producción científica en Intervención Comunitaria en Salud.

La extensísima producción científica sobre las Representaciones Sociales de la Salud, nos ha obligado a acotar la búsqueda para conocer el estado de la cuestión sobre el estudio de las Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud y/o Promoción de Salud. A las palabras claves iniciales utilizadas en la búsqueda, "Social representations" y su combinación con "Health", se le añadieron las siguientes: Community intervention, Health promotion, Community health, Primary health care, Community medicine, Community health services, Health education, Community participation

Las bases de datos exploradas para esta revisión bibliográfica fueron: EBSCO-HOST, servidor que nos ha permitido realizar meta-búsquedas en las bases de datos de ERIC, CINAHL, MEDLINE y SPORT-DICUS; OvidSP; ISOC-Psicología, ISOC-Sociología; PSICODOC; IME ; CUIDEN; LILACS

A ellas se suma la búsqueda en la base de datos TESEO, en la que se localizó una tesis sobre Representaciones Sociales de Educación para la Salud, ya mencionada anteriormente (Sánchez-Candamio, 1992).

Tras la revisión, depuración y eliminación de los documentos repetidos se han obtenido un total de 35 documentos científicos basados en la aplicación de la teoría de las Representaciones Sociales en nuestro ámbito de estudio (Tabla 1). Se han recogido publicaciones que, aunque estudian diferentes procesos, expresan en el texto el propósito de partir del análisis de las Representaciones Sociales como diagnóstico de partida para orientar actividades de Promoción de Salud en grupo, o bien tienen como población diana los profesionales de Atención Primaria.

Desde 1985, año en el que se publica el primer estudio recopilado, realizado en Suiza sobre las Representaciones Sociales del alcohol, tabaco y drogas en jóvenes (Weiss, 1985), la frecuencia se mantiene prácticamente en uno o dos artículos anuales, hasta el año 2008 (Tabla 2). A partir de éste, la frecuencia de documentos localizados aumenta a cuatro o cinco artículos por año, siendo el 2010 el que acumula un mayor número de estudios.

Frecuencia de artículos por año de publicación														
1985	1994	1998	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	4	5	6	4

Tabla 2. Distribución de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud por año de publicación.

AUTORES	AÑO	PAIS	TEMÁTICA	POBLACIÓN DE ESTUDIO	TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	ENFOQUE DE ESTUDIO
Almeida, Paz & Da Silva	2011	Brasil	HTA y sus cuidados	Profesionales de Atención Primaria	Entrevista semiestructurada	Procesual
Baldissera & Bueno	2010	Brasil	Sexualidad	Mujeres mayores con HTA	Grupo Focal, Grupo de Discusión, Entrevista semiestructurada	Procesual
Bandoni, Brasil & Jaime	2006	Brasil	Alimentación saludable	Gestores de empresas	Entrevista semiestructurada	Procesual
Castillo	2010	Chile	Programas comunitarios	Usuarios de estos programas	Entrevistas grupales	Estructural
Cavalcante, Shimo & Rolim	2003	Brasil	Lactancia Materna	Mujeres usuarias del sistema público	Técnicas cualitativas	-
Cook	2008	Canadá	Tabaquismo y Alcoholismo en jóvenes	Libros de texto	Análisis documental	
Da Silva, Padilha & Dos Santos	2011	Brasil	Alcohol	Jóvenes	Entrevista	Procesual
Da Silva & Jorge	2002	Brasil	Programa de Salud Familiar (APS)	Profesionales sanitarios de este programa	Entrevista y Grupo Focal	Procesual
De Aguiar, Gomes, Fernandes & Silva	2011	Brasil	Cuidado del anciano	Cuidadores	Análisis documental	
De Oliveira, McCallum & Costa	2010	Brasil	Uso de drogas	Agentes comunitarios de salud	Observación participante Técnica de Asociación de Ideas Entrevista semiestructurada	Procesual
De Sales Clementino & De Miranda	2010	Brasil	Tuberculosis	Usuarios de Atención Primaria	Entrevista semiestructurada	Procesual
Díaz, Cabrera & Mateus	2003	Colombia	Lactancia Materna	Mujeres	Entrevista y Grupo Focal	Procesual
Dufort, Lemelin & Charron	1998	Canadá	Menstruación, embarazo y menopausia	Profesionales de los servicios de salud comunitaria	Entrevista semiestructurada	
Finkler, Oleiniski & Ramos	2004	Brasil	Salud Bucodental	Embarazadas	Entrevista semiestructurada	Procesual
Giraldo & Arango	2009	Colombia	Autocuidados en cáncer de mama	Mujeres	Entrevista semiestructurada	Procesual
Gomes & Mendes	2009	Brasil y	Riesgo	Adolescentes	Entrevista semiestructurada	Procesual

		Portugal				
Gomes & Oliveira	2005	Brasil	Autonomía profesional	Enfermeros/as de Salud Pública	Entrevista en profundidad	Procesual
	2005	Brasil	Auto y hetero imagen profesional	Enfermeros/as de Salud Pública	Entrevistas en profundidad	Procesual
	2005	Brasil	Consulta de Enfermería	Enfermeros/as de Salud Pública	Entrevistas en profundidad	Procesual
Gomes, Oliveira & Marqués	2004	Brasil	Ttrabajo de Enfermería en los programas de salud	Enfermeros/as de Salud Pública	Entrevistas en profundidad	Procesual
Gomes, Cotta, Araújo, Cherchigila & Martins	2011	Brasil	Programa de Salud Familiar (APS)	Profesionales, usuarios y gestores	Entrevista semiestructurada/ Cuestionario	Procesual
Martini & Furegato	2008	Brasil	Uso de drogas	Profesorado de Secundaria	Asociación Libre de ideas y carta asociativa	Estructural
Meira & Arcoverde	2010	Brasil	Alcoholismo	Enfermeras de AP	Entrevista semiestructurada	Procesual
Mosquera, Zapata, Arango & Varela	2001	Colombia	Participación comunitaria	Administración, representantes de asociaciones y población general	Combinada: Grupo de Discusión, Entrevista semiestructurada, Cuestionario	
Müller & Silva	2009	Brasil	Lactancia materna	Mujeres	Entrevista semiestructurada	Procesual
Ogata, Machado & Catoia	2009	Brasil	Programa de Salud Familiar (APS)	Usuarios	Entrevista semiestructurada	Procesual
Parra & García	2008	Colombia	Salud oral	Niños/as, familias, usuarios del servicios de Ortopedia funcional maxilar, y profesionales de la salud	Grupos Focales	Procesual
Pelcastre, Garrido & León	2001	México	Menopausia	Mujeres	Entrevista semiestructurada	Procesual
Prada, Magaly & Jaime	2006	Colombia	Alimentación saludable	Población general de bajos ingresos	Grupos focales	Procesual
Reis & Andrade	2008	Brasil	Trabajo en Equipo en el	Enfermeras	Entrevistas	Procesual

			programa de la mujer			
Ribas, Dos Santos, Teixeira & Zanetti	2009	Brasil	Programas de Educación para la salud	Mujeres diabéticas	Grupos focales	Procesual
Sánchez Candamio Tesis Doctoral	1992	España	Educación para la salud	Grupo de diabéticos	Técnicas cualitativas	Procesual
Sequier, Demarteau & Pereira	1994	Francia, Bélgica, España, Grecia y Portugal	Tabaquismo	Profesorado y alumnado	-	-
Souzas & Freitas	2010	Brasil	Riesgo de infección por VIH y SIDA	Profesionales de Atención Primaria	Entrevista en profundidad	Procesual
Teixeira & Daher	1999	Brasil	Educación para la salud	Usuarios participantes en grupos de EpS	Entrevista y Observación participante	Procesual
Vera & Morroi	2007	México	Cuerpo y Alimentación	Mujeres	-	-
Weiss	1985	Suiza	Alcohol, Tabaco y Drogas	Adolescentes y jóvenes	Entrevista	Procesual

Tabla 1. Análisis documental de la producción científica sobre representaciones sociales en Intervención Comunitaria en Salud

Respecto al pais en el que se desarrolla la investigación, la Figura 8 nos muestra una prevalencia mayor en Brasil (22 documentos) y en general en el continente americano (33 documentos).

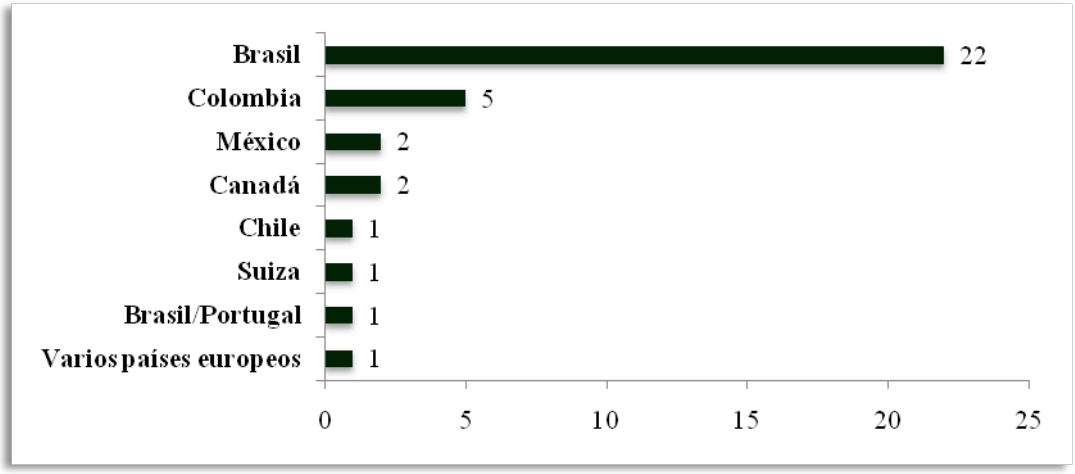


Figura 8. Distribución de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud por país de origen.

En el 88,6% de los documentos, la población de estudio es un grupo concreto, pero en 4 documentos se exploran las Representaciones Sociales a la vez de varios colectivos. Como se observa en la Figura 9, los profesionales de Atención Primaria y las mujeres son la población más estudiada.

Figura 9. Distribución de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud según población de estudio.

Cuatro de las publicaciones tienen como informantes clave únicamente a las enfermeras. (Reis & Andrade, 2008; Gomes, Oliveira & Marqués, 2004; Gomes & Oliveira, 2005; Meira

& Arcoverde, 2010). Las nueve investigaciones que tienen como población de estudio a los profesionales de Atención Primaria (médicos/as y enfermeras/os) están centradas en el estudio de las Representaciones Sociales sobre distintos problemas de salud como: La hipertensión arterial y sus cuidados (Almeida, Paz & Da Silva, 2011), el riesgo de infección por HIV y S.I.D.A. (Souzas & Freitas, 2010), el alcoholismo (Meira & Arcoverde, 2010) y el consumo de drogas (De Oliveira, McCallum & Costa, 2010). También se exploran las Representaciones Sociales sobre procesos biológicos femeninos como la menstruación, embarazo y menopausia (Dufort, Lemelin & Charron, 1998), o aspectos relativos a la identidad profesional de las enfermeras, como la autonomía profesional o la auto y hetero imagen (Gomes & Oliveira, 2005). Los tres documentos restantes exploran las representaciones sobre aspectos íntimamente relacionados con la Intervención Comunitaria como la estrategia de Salud Familiar, nuevo Modelo de Atención de Salud implantado en Brasil a finales de los años 90 (Da Silva & Jorge, 2002), el trabajo en equipo (Reis & Andrade, 2008) y el trabajo de Enfermería en los Programas de Salud (Gomes, Oliveira & Marqués, 2004). El denominado enfoque procesual es la perspectiva de investigación dominante en los estudios localizados. Por lo que la técnica más frecuentemente utilizada es la Entrevista, bien empleada de forma exclusiva (18 estudios) o combinada con otras (6 estudios). La Entrevista, el Grupo Focal (3 documentos) y la Asociación de Ideas (1) son las tres técnicas que se utilizan de forma exclusiva en los documentos encontrados. En el siete de los estudios se emplean varias técnicas para el estudio de las Representaciones Sociales. Dos de estos documentos están centrados en el análisis documental, uno de ellos para buscar las representaciones sobre el tabaquismo y el alcoholismo en los libros de texto (Cook, 2008) y otro sobre los estudios de las Representaciones Sociales del cuidado del anciano en cuidadoras (De Aguiar, Gomes, Fernándes & Silva, 2011). La Figura 10 presenta los resultados desglosados.

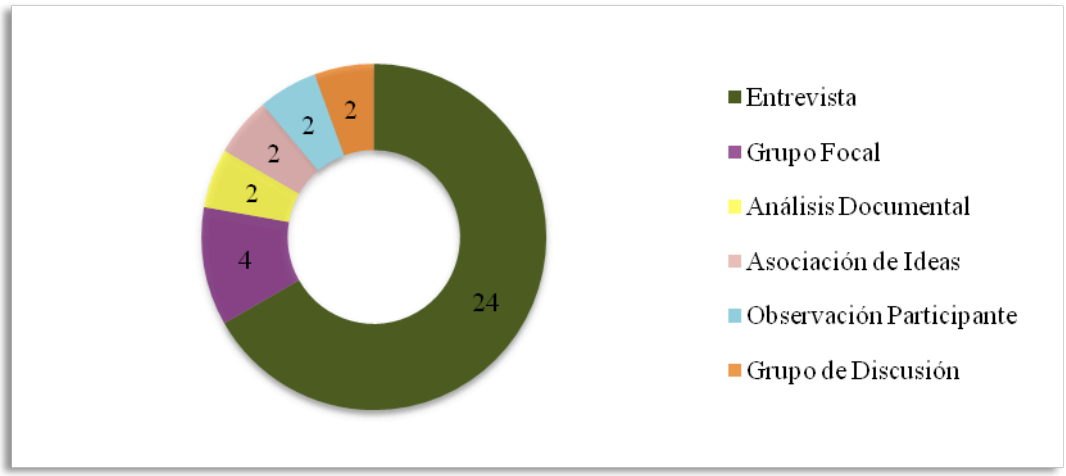


Figura 10. Frecuencia de documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud según técnica de recogida de datos utilizada.

El análisis temático ha propiciado la clasificación que aparece en la Tabla 3, ofreciéndonos una nutrida variedad de aspectos tratados en los documentos o investigaciones seleccionadas.

Temática de las investigaciones sobre Intervención Comunitaria en Salud	Frecuencia documentos
Elementos y metodología de Intervención Comunitaria en Salud (trabajo en equipo, participación comunitaria, Educación para la Salud, programas comunitarios…)	7
Hábitos Tóxicos	7
Programa de Salud Familiar (Atención Primaria de Salud)	3
Lactancia Materna	3
Diversas enfermedades (Hipertensión, Tuberculosis, S.I.D.A.)	3
Alimentación saludable	3
Procesos biológicos femeninos (Menopausia, menstruación, embarazo)	2
Salud bucodental	2
Cuidado del anciano	1
Conductas de riesgo	1
Sexualidad	1
Autocuidado en el cáncer de mama	1
Identidad profesional	1

Tabla 3. Distribución de los documentos sobre Representaciones Sociales en Intervención Comunitaria en Salud por la categoría temática.

De todas las categorías temáticas, dos de ellas concentran diez documentos que versan sobre los aspectos íntimamente relacionados con la Intervención Comunitaria: Programa de Salud Familiar (Atención Primaria de Salud) y Elementos y Metodología de Intervención Comunitaria en Salud.

En un análisis más pormenorizado y específico del texto completo de estos artículos, se identifican tres centrados en la valoración de las Representaciones Sociales sobre la nueva estrategia de atención de salud en el primer nivel de atención implantado en Brasil en los inicios de la década de los noventa bajo la denominación de Programa de Saúde da Familia. Al igual que la reforma de la Atención Primaria en España, se caracterizaba por el conjunto de acciones encaminadas a la promoción y protección de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud. El nuevo Programa ampliaba las actuaciones de los agentes comunitarios de salud que formaban parte del Programa precedente.

Da Silva & Jorge (2002) se marcan como objetivo descubrir las Representaciones Sociales sobre la propia práctica de los profesionales de Salud Familiar (médicos/as y enfermeros/as) de Fortaleza, capital del estado brasileño de Ceará. Realizan un estudio cualitativo basado en Entrevistas y Grupos Focales con profesionales de las Unidades de Salud Familiar. Los discursos muestran la necesidad sentida de estar preparados para abordar los diferentes Programas de Salud sobre los que se vertebra sus prácticas: atención a la mujer, a los niños, a los ancianos, a las enfermedades crónicas… y de trabajar desde una perspectiva interdisciplinar. Pero no se sienten valorados en el ejercicio de la Salud Pública, ni por los profesionales sanitarios de otros ámbitos, ni por la sociedad, ni por los propios gestores de los Servicios Sanitarios. La falta de formación y el escaso compromiso de los gestores se suman a otros factores como la sobrecarga de trabajo del colectivo de Enfermería principalmente, la inestabilidad y la falta de continuidad en los puestos de trabajo, para elevar aún más el grado de insatisfacción de estos profesionales. En general, el estudio revela más frustraciones en el ejercicio profesional que gratificaciones, pero los profesionales se sienten pioneros y con capacidad para seguir en la búsqueda de su identidad y del reconocimiento de los diferentes sectores sociales, por estar convencidos de que esta estrategia contribuye a la mejora de la calidad de vida de la población.

En los otros dos estudios sobre las Representaciones Sociales del Programa de Salud Familiar, prevalece la idea de ser un modelo centrado en la enfermedad, aunque favorecedor de la creación de vínculos cercanos entre profesionales y población.

Ogata, Machado & Catoia (2009) centran su investigación en una muestra aleatoria de usuarios de tres unidades de Salud Familiar del municipio de Sâo Carlos a los que se le realizan entrevistas semi-estructuradas. De la clasificación de las 243 unidades de contexto elemental o términos extraídos del discurso, obtienen cuatro categorías: “Modelo centrado

no médico, busca por especialista, humanizaçâo do atendimento y necessidade de consulta médica" (p.824). De las que se derivan que las representaciones de los usuarios definen a las unidades de Salud Familiar como unidades centradas en el tratamiento de enfermedades principalmente, vinculadas con la consulta médica, desconsiderando el papel y las acciones del resto del equipo de salud. No obstante, no hay un adecuado reconocimiento del médico de familia, reclamando un mayor número de especialistas de Cardiología, Ginecología o Pediatría. A excepción de las vacunaciones infantiles y de adultos, el resto de acciones preventivas no son valoradas por la población. Los usuarios tienen una concepción de la atención recibida de buena calidad y la consideran más humanizada, asemejando al equipo de salud como alguien de la familia o como amigos, lo que da idea de la cercanía de la atención. Las autoras abogan porque los equipos de Salud Familiar desarrollen acciones individuales y colectivas de seguimiento y promoción de la salud "mostrando para a populaçâo que o cuidado à saúde è realizado por uma equipe multiprofissional de forma integral e que este cuidado nâo è centrado apenas na figura do médico" (p. 828). Gomes, Cotta, Araújo, Cherchiglia & Martíns (2011) a través de entrevistas, recogen el sentir de tres colectivos: profesionales de las unidades de Salud Familiar, usuarios/as y gestores del municipio de Cajuri, en la zona de Mata de Minas Gerais. Cuatro subsistemas representan las principales representaciones sobre el Programa de Salud Familiar bipolarizadas en visiones positivas o visiones negativas. Entre los mensajes discursivos favorables se encuentra la consideración del Programa como un proceso de búsqueda activa a través de la visita domiciliaria para la vigilancia de la salud, y la creación de lazos estrechos entre el equipo de salud y la población. El foco de atención en estas representaciones es la familia. En el polo negativo se captan percepciones enclavadas en el Modelo Biomédico, bajo las que se considera la enfermedad como foco de atención. En este estudio, se observan entre los núcleos de sentido extraídos de los discursos, referencias a la realización de acciones de prevención de la enfermedad y Promoción de la Salud.

Respecto a los siete documentos sobre elementos directamente relacionados con la Intervención Comunitaria, hay que señalar que tres de ellos están centrados en la Educación para la Salud como metodología de Intervención Comunitaria. En este sentido, Sánchez Candamio (1994) articula su tesis doctoral en torno a las Representaciones Sociales de un grupo de Educación para la Salud sobre diabetes, forjadas en torno a diversas categorías cómo la concepción de la tarea que tienen que realizar, los diferentes papeles que el grupo genera, las informaciones básicas relacionadas con la salud, la enfermedad que expresan, el proceso de transmisión, construcción y su influencia en el cambio de este conocimiento.

Teixeira & Daher (1999) son bastante críticos con los Programas de Educación para la Salud, en el sentido de admitir que su orientación difiere de las representaciones de los sujetos que integran los grupos educativos. El Modelo Biomédico Mecanicista imperante en la estructuración de estos programas basados en un intento de modificar la conducta bajo un enfoque prescriptivo, requeriría la consideración de aspectos culturales, sociales y subjetivos para entender cómo las personas gestionan los auto-cuidados. Con esta intención valoran las diferentes formas de intervención adoptadas en los grupos de Educación para la Salud en la ciudad de Niterói – Río de Janeiro - y exploran las Representaciones Sociales que animan a los participantes a continuar o abandonar dichos grupos. En esta línea, Ribas, Dos Santos, Teixeira & Zanetti. (2009) se marcan como objetivo, explorar las expectativas de un grupo de mujeres diabéticas de un municipio brasileño, sobre los Programas de Educación para la Salud. Los resultados obtenidos a partir de la realización de tres Grupos Focales, permitió clasificar toda la información en unidades de significación relativas a lo siguiente: aprendizaje sobre el control de la diabetes, la búsqueda de apoyo, ánimo y esperanza futura, la superación del miedo al uso de la insulina, mejorar la calidad de vida y compartir e intercambiar experiencias, sentimientos, temores… Las dos primeras son las que con una mayor frecuencia son plasmadas en el discurso de las mujeres. Estas autoras plantean la necesidad de repensar las estrategias a utilizar cuando se ofrecen Programas de Educación para la Salud que deben estar orientadas a garantizar la participación y motivación de los destinatarios/as y alcanzar la eficiencia y optimización de los recursos, ya que la adecuación a las representaciones simbólicas y a las expectativas de la población destinataria, posibilita una buena alianza terapéutica profesional-usuario, en pos de la adherencia a los cuidados en la diabetes.

La práctica profesional de la enfermera en los Programas de Salud, es el foco de atención del trabajo de Gomes, De Oliveira & Marques (2004). Las entrevistas en profundidad realizadas a enfermeras/os que participaban en el Programa de Atención Integral y Salud Infantil en el estado de Río de Janeiro, revelan cinco categorías discursivas centradas en: "conflitos no perfil profissional-universidade e mercado de trabalho-, limites da prática profissional nos programas de saúde, contornos e especificaçâo do papel propio do enfermeiro, construçâo e organizaçâo do espaço profissional y auto e heteroimagem profissional" (p.82). Los resultados más relevantes ponen de manifiesto una práctica profesional cargada de contradicciones y tensiones en la ejecución de las actividades diarias dentro del Programa objeto de análisis. Las autoras utilizan un expresión muy significativa "observa-se uma tensâo nos discursos entre o que se sabe e o que se pode fazer" (p.85). En primer lugar, por

la distancia entre el nivel de capacitación de las enfermeras y condiciones de trabajo en los Programas de Salud. En segundo lugar, por la tensión entre las acciones prescriptivas y la libertad de acción en el ejercicio profesional. En tercer lugar, por el alejamiento del enfoque epidemiológico que debe orientar el trabajo en los Programas, cercano a las necesidades de la población, en lugar de la excesiva medicalización que impera en los cuidados de enfermería y que limita la autonomía profesional. En cuarto y último lugar, aflora la reducida interrelación entre los profesionales del equipo multidisciplinar como limitación del desarrollo deseable de los cuidados enfermeros en los Programas de Salud. Reis & Andrade (2008) partiendo del principio que rige el programa de Salud Familiar en Brasil, sobre el desarrollo del trabajo interdisciplinar en el que se integran los diversos saberes y prácticas en la intervención con las familias, describen las Representaciones Sociales de las enfermeras sobre el trabajo en equipo en las unidades de salud. En este caso, el ámbito de actuación son los Programas de atención a la mujer. Para las diez enfermeras estudiadas de la región de Iguatemi en el Estado de Mato Grosso do Sul, el equipo de trabajo no comparte los mismos objetivos, ni la misma dedicación, no apareciendo el objetivo común del equipo en el discurso de dichas enfermeras. Son un grupo de personas que trabajan juntas, cada una desempeñando sus funciones profesionales, pero sin un planteamiento conjunto. En los discursos, existe una disociación entre los objetivos de los diversos miembros del equipo, haciéndose hincapié en que "cada um faz a sua parte" (p.55). Esta situación no motiva ni la interdependencia ni la interacción necesaria para un trabajo integrado que mejore los resultados de la acción profesional. Las relaciones de las enfermeras son más estrechas con otros agentes de salud, sobre todo, auxiliares de enfermería, que con la profesión médica, a pesar de la apertura de este colectivo. La falta de capacitación pre-graduada es considerada como la causa de la escasa articulación del trabajo en equipo. Vuelve a emerger la falta de capacitación de los gestores en la Intervención Comunitaria y en aspectos concretos de gestión pública como obstáculo para el desarrollo del trabajo de los profesionales de la salud y causa del desaliento en la implementación de acciones de Promoción de la Salud en la población. La escasa adecuación entre el perfil de los profesionales elegidos para los programas de formación y el ejercicio profesional diario, hace ineficiente la gestión de formación y la inversión económica y de capital humano, no repercutiendo en los niveles de salud de la comunidad. Otro elemento que obstaculizaba el trabajo en equipo es la lucha de poder entre la profesión médica y enfermera, incrementada por la diferencia de género dominante en cada colectivo. Las enfermeras a pesar de afanarse por demostrar sus capacidades técnicas, siguen expresando en su discurso la mayor relevancia de la figura del

médico en la atención en los programas de la mujer, evidenciándose la relación de subordinación hacia este colectivo. Las autoras de este trabajo depositan su confianza en la formación básica y continuada para el cambio de las concepciones y el paradigma que sostiene la práctica asistencial.

La participación de la comunidad es uno de los elementos imprescindibles en la eficiencia de la Intervención Comunitaria y el objeto de estudio de la investigación de Mosquera, Zapata, Lee, Carango & Varela (2001). Su artículo se centra en las Representaciones Sociales de políticos, gestores públicos y privados del Sistema de Salud en los diferentes niveles de decisión, los representantes de las diferentes agrupaciones asociativas de la comunidad y los propios usuarios/as de la ciudad de Cali (Colombia). A través de la combinación de Grupos de Discusión, Entrevistas semi-estructuradas y un cuestionario diseñado en base a los datos cualitativos, el estudio halló una disfunción entre los esfuerzos para fortalecer la participación y la creencia en su potencial para mejorar la calidad de los servicios de salud. Frente al entusiasmo político del Ministerio de Salud por legislar y poner en marcha políticas innovadoras de participación de los usuarios en la toma de decisiones, se encuentra el escepticismo de los gestores sanitarios sobre la necesidad de los mecanismos de participación, la capacidad del usuario para influir en el sistema, dada la falta de conocimiento de la comunidad en las asuntos técnicos, cuestionando, por tanto, el beneficio sobre el Sistema de Salud. Desde las instituciones sanitarias se piensa que la existencia de un mecanismo legal participativo no garantiza la participación de los usuarios en la toma de decisiones, por lo que es escasa la voluntad de hacer cumplir el reglamento. Entre los representantes de las organizaciones de usuariosas se recoge un sentimiento de falta de poder. Ellos perciben una carencia de canales de comunicación claros con la comunidad y sienten que tiene un conocimiento limitado del Sistema de Salud y de los mecanismos de participación, lo que dificulta que su intervención en cuenta en la toma de decisiones. El principal obstáculo para los representantes de los/as usuarios/as se encuentra en la asimetría de información entre los representantes comunitarios y los profesionales de la salud. No obstante, tanto los usuarios, responsables políticos como los gerentes del Sistema Sanitario salud perciben que estas asociaciones comunitarias están altamente politizadas y no necesariamente actúan buscando el mejor interés de la comunidad.

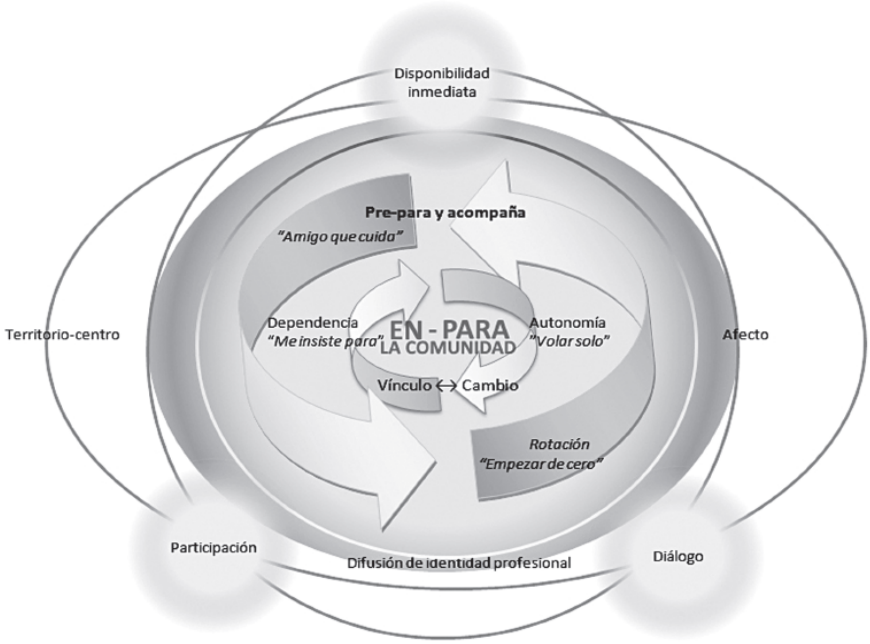
Los resultados del cuestionario en una muestra de usuarios/as de Cali reflejan un amplio desconocimiento del nuevo Sistema de Salud, de los nuevos mecanismos de participación, de las formas de participación colectiva, de lo que son las asociaciones de usuarios…, y una

baja capacidad percibida para participar de forma activa. Los autores concluyen que la participación real no es una cuestión legislativa y política únicamente, sino un proceso complejo que incluye las creencias, costumbres, las formas de las relaciones personales y de poder entre todos los implicados en los procesos participativos.

Por último, Castillo y Winkler (2010) desde un enfoque estructural basado en cuatro entrevistas participativas grupales con los usuarios/as de Programas Comunitarios en la Región Metropolitana de Chile, indagan sobre los significados y componentes éticos del ejercicio profesional de los psicólogos/as comunitarios adscritos a dichos Programas de Intervención Social. Entre los resultados más significativos, hay que destacar el difuso reconocimiento de la especificidad profesional de la figura del psicólogo/a en las representaciones de los usuarios, confundiéndose inicialmente con otros agentes que participan en las intervenciones (personal voluntario, trabajadores sociales, educadores…). Los/as usuarios/as de estos Programas reconocen como ejes de la praxis comunitaria la participación, el diálogo y la disponibilidad inmediata, caracterizada por el afecto en el vínculo y la constitución de un espacio de intervención. Pero el núcleo central de las representaciones aproximan el trabajo comunitario práctico a "la utilización de estrategias de acompañamiento y apoyo sistemáticos, constantes y siempre disponibles y en la apertura o desplazamiento del encuadre hacia el espacio social y físico en que habitan cotidianamente las personas" (p. 41). La metáfora utilizada por los autores para caracterizar a los profesionales de estos programas es el *amigo que cuida*, que prepara para que las personas desarrollen algún grado de autonomía, y acompaña, estableciendo un vínculo afectivo, cercano y horizontal.

La Figura 11 es la utilizada por los autores para esquematizar las Representaciones Sociales de los Programas Comunitarios de las personas usuarias de los mismos. Los autores concluyen considerando que los/as usuarios/as reconocen que la labor comunitaria está orientada al fortalecimiento y empoderamiento gradual de los grupos, aunque prevalezca un

vínculo de dependencia a los profesionales



comunitarios.

Figura 11. Representaciones Sociales del ejercicio de la Psicología Comunitaria desde la perspectiva de los usuarios/as. Fuente: Castillo & Winkler (2010, p.40).

Se podría concluir que no se ha localizado ninguna investigación centrada en las Representaciones Sociales de los profesionales de Atención Primaria sobre la Intervención Comunitaria en su globalidad, aunque siete de los treinta y cinco trabajos seleccionados, sí están centrados en algunas de las metodologías o herramientas del trabajo comunitario como: los Programas de Salud, el trabajo en equipo, la educación para la salud y la participación comunitaria; también tres investigaciones focalizan la atención en los programas de Salud Familiar en exclusiva.

En general, la tendencia en la frecuencia de estudios se mantiene constante hasta 2007, para duplicarse o incluso triplicarse en los últimos años.

Brasil es sin lugar a dudas el país donde la teoría de las Representaciones Sociales sobre la Intervención Comunitaria ha calado con mayor profundidad.

Prevalece el estudio de las Representaciones Sociales sobre los procesos patológicos y biológicos en diferentes sujetos como punto de partida para una Intervención Comunitaria más efectiva.

Con mayor frecuencia se suele utilizar una sola técnica de estudio aunque un número considerable de trabajos emplean varias. La Entrevista es la técnica de recogida de información más utilizada.

Tanto en las Representaciones Sociales de los profesionales de Atención Primaria sobre el programa de Salud Familiar y los programas de Salud Comunitaria se evidencian dos aspectos relevantes que obstaculizan el trabajo comunitario: en primer lugar, la hegemonía del Modelo Biomédico muy alejado del Modelo Epidemiológico como principio básico para la Intervención Comunitaria, trasladándose a la visión que los propios usuarios tienen del Programa de Salud Familiar vinculado al tratamiento de las enfermedades; y en segundo lugar, el escaso o incluso nulo trabajo en equipo interdisciplinar pese a ser identificado por los profesionales como necesario para la Intervención Comunitaria. Varios trabajos coinciden en los factores que obstaculizan el trabajo en equipo específicamente y el trabajo comunitario en general: la falta de formación pre-graduada y continua, el exiguo apoyo de los gestores, la insuficiente valoración del trabajo en Promoción de Salud y la escasa adecuación en el perfil y ejercicio profesional comunitario.

Las investigaciones sobre las Representaciones Sociales de la Educación para la Salud se centran en el diagnóstico sobre la gestión del auto-cuidado y las expectativas previas como base para la adherencia a las prácticas de salud y la eficiencia de los Programas.

Así mismo, se ponen de manifiesto las resistencias que los gestores sanitarios y las asociaciones de ciudadanos ofrecen al valorar el potencial de la participación comunitaria en la calidad de los servicios sanitarios, y por tanto, en responder al discurso y voluntad de los políticos menos escépticos en este sentido. Gestores y usuarios coinciden en reconocer el conocimiento limitado de los usuarios sobre el Sistema de Salud como un obstáculo para la participación real, pero los ciudadanos también denuncian la carencia de canales de comunicación y de mecanismos de participación. Hay una falta de confianza por parte de todos los sujetos de estudio en los fines colectivos de las asociaciones existentes en la comunidad.

Por último, el trabajo comunitario es considerado por los ciudadanos como un medio de fortalecimiento y empoderamiento de los grupos, mediante el diálogo, la participación y la disponibilidad inmediata de los profesionales.

Estas conclusiones ofrecen varias alternativas para mejorar el trabajo comunitario en salud en el ámbito de la Atención Primaria. La prevalencia de los estudios analizados en países del

continente americano, son interpretadas como invitaciones para reproducir investigaciones similares en el contexto español, con los que comparar ambas realidades sanitarias.

CAPÍTULO 3:

LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE ESPAÑA Y ANDALUCÍA

“ Mucha gente se sorprendería al saber que no han sido ni los médicos ni los hospitales, sino más bien las corporaciones locales, quienes en mayor medida han contribuido a mejorar la Salud Pública durante los últimos 150 años. “

Dr. Jessie Pardif (Discurso de apertura del Congreso de Ciudades de Viena, 1988).

Descritos los elementos conceptuales constitutivos del objeto de estudio de esta tesis doctoral nos adentramos en la identificación y análisis de los documentos oficiales que sostienen el desarrollo de esta dimensión de la atención en los servicios sanitarios. En primer lugar, intentaremos descubrir los elementos de la atención comunitaria amparados en la legislación nacional y autonómica que legitiman su necesaria presencia y preponderancia frente a la atención individual para el alcance efectivo de unos óptimos niveles de salud poblacionales. Continuaremos con la observación de los diferentes planes de salud, programas de salud y publicaciones oficiales vigentes en la Consejería de Salud de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud, que es el contexto referencial de nuestro escenario de investigación. Nos detendremos en los planes de formación pregrado, postgrado y de especialización de los profesionales sanitarios que ejercen en el sistema sanitario. Para finalizar con la descripción del estado actual de las líneas de acción e investigación de la Intervención Comunitaria en salud en los centros de Atención Primaria españoles.

3.1. La legislación reguladora de la Intervención Comunitaria en salud en los Servicios Sanitarios.

El análisis de las disposiciones legislativas desde los antecedentes de la regulación de la Salud Pública en nuestro país hasta la actualidad, nos ha permitido identificar tres etapas cualitativas en la regulación legislativa española sobre el desarrollo de la Intervención Comunitaria en Salud en los servicios sanitarios. Una primera y muy importante que regula los cimientos básicos y amplios de la implantación de la Intervención Comunitaria en la Atención Primaria de salud, identificada por sus

elementos constitutivos: promoción de salud, participación comunitaria, dimensión territorial de la comunidad. Una segunda etapa en la que legislativamente se le da la denominación de Atención Comunitaria, no mencionada hasta ese momento de esta manera e incluso se añade una definición de la misma. No obstante, el giro hacia lo asistencial del sistema sanitario, obliga a cargar sobre los hombros de los servicios de Salud Pública, el trabajo intersectorial en salud y el de garante y potenciador de la dimensión comunitaria en los centros de Atención Primaria. Por último, una tercera etapa, regresiva que lleva a la desaparición del

objeto central de esta dimensión como es la Promoción de Salud en la cartera de servicios de Sistema Sanitario.

Coincidimos con la visión crítica de Criado, Repullo y García (2011) en su valoración de la Ley General de Sanidad que apuestan por un "Pacto por la sanidad" para alcanzar un consenso que impulse una "nueva ley de sanidad para el siglo XXI". El importante volumen de artículos derogados, modificados, poco definidos o superados (74,2%) y los aspectos que con ellos se tratan (universalización de la asistencia, copago, organización del Sistema Nacional de Salud, etc…) animan a ese reto.

3.1.1. Precedentes de la Ley General de Sanidad de 1986.

En España no hubo una organización sanitaria municipal estable hasta el siglo XIX. El primer ensayo de aplicación de técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad fue el proyecto de Código Sanitario de 1822 durante el reinado de Fernando VII que no se publicaría (Parrilla, 2009, p.72). Más tarde la Ley de 28 de noviembre de 1855, consagraría la Dirección General de Sanidad creada con anterioridad mediante el Real Decreto Orgánico de sanidad de 1847. Por el artículo 98 de esta ley el municipio asumía las funciones de salubridad y salud Pública. Esta institución cambiaría su nombre por el de Instrucción General de Sanidad mediante el Real Decreto (RD) de 12 de enero de 1904, en el que se desarrollaría más ampliamente el Régimen Sanitario Interior (Título IV, art. 109-147) y los servicios generales de sanidad (Título V, art. 148-214).

A pesar de que en la Ley de Bases de Organización de la Sanidad de 1944 se atribuía a la administración pública el deber de atender aquellos problemas sanitarios que afectaban a la colectividad, es la Constitución Española el precedente principal en nuestra sociedad actual para el trabajo que nos ocupa. El reconocimiento en el artículo 43 del derecho de los residentes en España a la protección de su salud le confiere al estado español una obligación irrevocable:

> Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. (art. 43. 2)
>
> Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio (art. 43. 3)

La Ley General de Seguridad Social de 30 de mayo de 1974, en su artículo 6º le atribuye al sistema de seguridad social funciones de sanidad pública o asistencia social, que prologan y determinan la titularidad de dicho desempeño.

El preámbulo de lo que estaría por definir en la Ley General de Sanidad de 1986, será el RD 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Con este documento se inicia una reestructuración de los servicios sanitarios que preparará la futura organización sanitaria. En esta disposición se define el marco territorial de la actuación de la Atención Primaria de salud enclavada en la zona de salud, "demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población…" (BOE nº 27, febrero 1984, p. 2627). Define, por tanto, el componente territorial imprescindible en la consideración de una comunidad, núcleo central de la Intervención Comunitaria (Turabian, 1991, p.23; García, Vera & Campos, 2000, p.132; Pujol & Úbeda, 2000, p.77; Salazar & Martínez, 2000, p. 111).

El artículo 5º del mencionado decreto define las funciones de los equipos de Atención Primaria, entre las que detectamos herramientas indispensables en la atención a la comunidad:

> 1…. b) Realizar las actividades encaminadas a la Promoción de la Salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
>
> c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.
>
> d) Realizar el diagnóstico de salud de la zona…
>
> 2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la zona.
>
> 3. El trabajo en equipo… (p. 2628)

El trabajo intersectorial queda poco delimitado en este documento, estableciendo que será función del coordinador médico la "relación con los demás servicios e instituciones sanitarias y con la población" (p. 2628), obviando la necesaria colaboración con otras instituciones comunitarias no estrictamente sanitarias.

En 1986 se publica la Ley Orgánica, 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública cuyo objeto es "proteger la salud pública y prevenir su pérdida o

deterioro" (BOE nº 102, p. 15207) en la que tan sólo se especifican medidas de prevención, control y tratamiento de las enfermedades transmisibles, y de actuación ante las dificultades de abastecimiento de medicamentos o productos sanitarios, no atisbando ninguna propuesta acorde con la concepción actual de acciones comunitarias tendentes a la optimización de la salud.

3.1.2. La Ley General de Sanidad.

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril (BOE nº 102, p. 15207-15224) es una norma de carácter organizativo con la pretensión de configurar la estructura y funcionamiento del Sistema Sanitario Público en el modelo político y territorial del estado español del momento y consecuente con la Constitución Española de 1978. Esta Ley sigue aún vigente, con modificaciones que han derogado algunos artículos, que no han afectado a los elementos sustanciales de nuestro análisis. La última modificación de 13 de junio de 2015, consolida el texto actualmente en vigor.

En esta Ley se definen las Áreas de Salud como las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, dónde quedarían integradas las Zonas Básicas de Salud, ya definidas en el RD 137/1984, art. 1: "las áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios, y de gestión descentralizada y participativa". En el Título III, Capítulo 3, artículo 56 se desglosan más los factores que definen las áreas: "factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, y de dotación de vías de comunicación, así como de las instalaciones sanitarias…". Se concretan los límites de población que debe englobar un área, estableciéndose que como mínimo cada provincia constituya un área.

Igualmente se definen los núcleos de atención en el ámbito concreto de la Atención Primaria en las Áreas de Salud: "se atenderá al individuo, la familia y la comunidad", otorgando al Centro de Salud la función de centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios donde se desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades tanto individual como colectiva para ejercer sus funciones (Título III,

Capítulo 3, artículo 63 y 64). Entre estas actividades se encuentran las de Promoción y Prevención.

La Ley General de Sanidad parte de un concepción integradora de la salud (Criado, Repullo y García, 2011) de ahí que desde las Áreas de Salud se había de ofrecer todas las prestaciones propias del Sistema Sanitario, pero "los medios y actuaciones estarán orientadas prioritariamente a la Promoción de Salud y la prevención de las enfermedades" (Título I, Capítulo I, artículo 3). En el capítulo II de las actuaciones sanitarias del sistema de salud en su artículo 18, se desglosan más específicamente las actuaciones de los servicios de salud, entre las que se mencionan:

> 1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
>
> 2. Atención Primaria integral de la salud, incluyendo además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la Promoción de la Salud y a la prevención de la enfermedad de individuo y la comunidad…
>
> 5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo.
>
> 6. La promoción y la mejora de sistema de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos y tratamiento y saneamiento del aire.
>
> 7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar…
>
> 8. La promoción y mejora de la salud mental…

Para ganar en operatividad y eficacia las Áreas de salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud que serán el marco territorial de la Atención Primaria de salud donde operan los Centros de Salud.

La Ley articula mecanismos de participación comunitaria, elemento imprescindible de la Intervención Comunitaria. La mención de una gestión participativa otorga a las corporaciones locales "un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, concretándose en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del área" (Título III, BOE nº 102 p. 15209). Este elemento constituye el indicio de una visión participativa e intersectorial en el gobierno y actuación de

los servicios sanitarios, al menos legislativamente, aunque no haya trascendido de las Cortes en la mayoría de los casos. En el artículo 53 de la presente Ley se establece que en cada área se tendrán que constituir los órganos de participación en los servicios sanitarios. Los Consejos de Salud de área constituyen estos órganos de participación comunitaria para la consulta y seguimiento de la gestión articulando que en su constitución haya un 50% de representantes de los/as ciudadanos/as mediante las corporaciones locales, un 25% por las organizaciones sindicales a través de los/as profesionales sanitarios/as y la administración sanitaria del área. (Título III, Capítulo III, artículo 58, BOE nº 102 p. 15215). Se le atribuye funciones de:

> a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.
>
> b) Orientar las directrices sanitarias del Área, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.
>
> c) Proponer medidas a desarrollar en el Área de Salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.
>
> d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.
>
> e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Área y sus adaptaciones anuales.
>
> f) Conocer e informar la Memoria anual del Área de Salud.

Estos son los iconos referentes de la Intervención Comunitaria en Salud que podemos encontrar en la Ley General de Sanidad de 1986, en la que a través de sus ciento trece artículos, diez disposiciones adicionales, cinco disposiciones transitorias, dos derogatorias y quince finales, constituyó el marco legislativo para toda una reforma sanitaria que ilusionó a los/as profesionales sanitarios/as que en esos momentos se iniciaban en la construcción de la Atención Primaria de Salud.

Como consecuencia de esta Ley General de Sanidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Éstas prestaciones se agrupan en cinco modalidades, siendo una de ellas la Atención Primaria dónde se engloban además de la asistencia sanitaria en consulta y domicilio, actividades programadas de Educación Sanitaria, de Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades. La atención se estructura en forma de programas

de: atención a la mujer, atención a la infancia, atención al adulto y anciano, atención a la salud buco-dental, en los que se observa una fuerte tendencia a la difusión de hábitos saludables en la vida cotidiana.

En la Comunidad Autónoma Andaluza con el objeto de respetar la distribución competencial y de sintonizar con el espíritu de la Ley General de Sanidad se publicará un mes más tarde, la Ley 8/1986, de 6 de mayo del Servicio Andaluz de Salud (BOE nº 124, p. 18655-18658), por la que se crea el Servicio Andaluz de Salud, como organismo autónomo dependiente de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Entre sus objetivos principales se incluye "la prestación de sus servicios, bien de carácter individualizado o comunitario a toda la población…" asumiendo la gestión de "los servicios y prestaciones que en materia de Promoción de Salud, correspondan a la Junta de Andalucía" (1986, p. 18655). En el capítulo III de la citada ley se desarrolla la ordenación funcional, creando Áreas de Salud y dentro de éstas los Distritos de Atención Primaria de Salud y las Áreas Hospitalarias. Los Distritos de Atención Primaria se definen como "La demarcación geográfica para la gestión y prestación de los servicios sanitarios de Atención Primaria, que abarca el conjunto de Zonas Básicas de Salud vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración" (1986, p. 18656).

En 1998 se publicará la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía (BOE nº 185, p. 26392-26407), para consolidar un marco más amplio, partiendo de la estructura definida en la Ley 8/1986, para la protección de la salud de los/as andaluces/as. Rescatando de la Ley andaluza los aspectos concernientes a nuestro objeto de estudio, observamos que se inspira en principios como la "concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, educación sanitaria, prevención, asistencia y rehabilitación…participación de los ciudadanos" (1998, p. 8304). El artículo 5 es llamativo porque en cierta forma amplía las competencias de intersectorialidad de la Ley General de Sanidad de 1986:

> La actuación sanitaria de la Administración Pública de la Junta de Andalucía se regirá, a efectos de esta Ley, por los principios de planificación, participación, cooperación y coordinación con el resto de las actuaciones de la misma y con las demás Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma, sin perjuicio del respeto a las competencias atribuidas a cada una de ellas.

El artículo 7 se muestra acorde con las recomendaciones de la Carta de Otawa (1986) de crear entornos favorables para la salud, "los ciudadanos al amparo de esta Ley tendrán derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud. Las Administraciones

Públicas adoptarán las medidas necesarias para ello de conformidad con la normativa vigente" (p. 8305).

Respecto a la participación de los ciudadanos se articula la creación de los órganos colegiados: El Consejo Andaluz de Salud y el Consejo de Salud del Área. En este último, se garantizará la participación de:

> Administraciones locales, de los sindicatos y de las organizaciones empresariales…, de los colegios profesionales del sector sanitario… y de las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía… se podrán establecer órganos de participación ciudadana a otros niveles de organización… e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios sanitarios públicos
>
> (Ley 2/1998, Título III, p.8306).

En el Titulo IV de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía se desarrollan las actuaciones en materia de salud. Tanto en el Capítulo I de Salud Pública como en el Capítulo III de Asistencia Sanitaria se dispone la realización de actividades de Promoción de la Salud y de estilos de vida saludables, la Educación para la Salud de la población, la Salud Pública dirigidas a la atención al medio, el control y Prevención de riesgos para la salud y vigilancia e intervención epidemiológica, y actividades de Prevención de las enfermedades.

Por último, señalar dos aspectos más de la Ley andaluza. Uno de ellos relativo a la elaboración del Plan Andaluz de Salud, como "marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía" (1998, Título V, art. 30, p. 8309), que será objeto de análisis en apartados posteriores. Y las competencias sanitarias que se le atribuyen a los municipios en el Título VI, Capítulo III. En cinco artículos se desarrollan dichas capacidades, entre las que encontramos además de las tradicionales relacionadas al control sanitario de medio ambiente, instalaciones, industrias… la de "desarrollo de programas de Promoción de la Salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos" (1998, p. 8310).

Disposiciones posteriores a la promulgación de esta Ley, servirán para configurar y delimitar competencias en materia de salud de ámbito regional. Así, por el Decreto 174/2001, de 24 de julio, se establecen las normas reguladoras del Consejo Andaluz de Salud. Por el Decreto 245/2001, de 6 de noviembre se crea la categoría de Técnico de Salud en Atención Primaria

en el Servicio Andaluz de Salud con destino en el Dispositivo de Apoyo Específico de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria e integrados en las siguientes especialidades: “a) Medicamento. b) Epidemiología y Programas. c) Educación para la Salud y Participación Comunitaria. d) Sanidad Ambiental”. (2001, p. 19032).

El Decreto 259/2001, de 27 de noviembre, determina las competencias y estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud y delimita las Áreas de Salud, estableciéndose las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área. Dentro de la estructura básica de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud se contempla un Servicio de Salud Pública con competencias en: “ a) Higiene alimentaria, b) gestión de laboratorio de salud pública, c) zoonosis, d) salud ambiental, e) educación para la salud, f) vigilancia epidemiológica, g) salud laboral, h) programas de salud y farmacovigilancia, i) cualesquiera otras…” (BOJA nº 148, p. 20614). Así mismo en el capítulo III y IV de esta disposición se delimita territorialmente el Área de Salud y se definen, adscriben y delimitan las funciones y composición de los Consejos de Salud de Área. Entre sus funciones aparece la de “estimular las iniciativas que tengan por objeto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad” (p. 20615).

Por Orden de 7 de junio de 2002 y la corrección de errores publicada dos meses más tarde se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía, quedando configuradas la relación de Distritos, Zonas Básicas de Salud y municipios que lo conforman.

Por otro lado, el sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía ya creado por el Decreto 66/1996 de 13 de febrero tras la constitución de la nueva Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RD 2210/1995), sufrirá diferentes reestructuraciones (Orden de 19 de diciembre de 1996, Orden de 23 de abril de 1997, Orden de 17 de junio de 2002) hasta que por la orden de 11 de diciembre de 2008 se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía (SVEA) que permanece aún vigente.

3.1.3. Las Disposiciones Legislativas Posteriores.

3.1.3.1. La Ley 16/2003, de 28 de marzo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta Ley pretende insuflarle aires de modernidad a la legislación precedente, intentando adaptarla a los cambios sociales, científicos, metodológicos y tecnológicos que necesariamente han ido ocurriendo durante más de quince años desde su publicación. Los retos a alcanzar con esta nueva legislación van muy acordes con los elementos constitutivos de la Intervención Comunitaria en Salud como son: "la orientación a los resultados de salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y socio-sanitaria…" (BOE nº 128, p. 20567), además de la necesaria toma de decisiones en la intervención basada en la evidencia científica.

Las principales aportaciones, a nivel general, están en la definición expresa de los ámbitos de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de prestaciones del Sistema Nacional de Salud: farmacia, profesionales sanitarios, investigación, sistema de información sanitaria y calidad del sistema sanitario.

Una gran contribución de esta Ley estriba en la oferta de mecanismos de cooperación y coordinación tanto en la organización de la asistencia sanitaria como en Salud Pública: "En asistencia sanitaria se regulan los planes integrales de salud, para que las Administraciones sanitarias adopten un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes. En salud pública se identifican aquellos ámbitos en los que se requiere un enfoque conjunto" (p. 20568). Esto sin duda, provocará a la larga una reorientación del sistema hacia la prevención y el tratamiento de la enfermedad, alejándonos del modelo comunitario.

La Ley incluye como prestaciones del Sistema Nacional de Salud los servicios de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria, atención de urgencias, prestación farmacéutica, orto-protésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Lo más relevante para la presente investigación es la explicitación de la atención comunitaria como prestación de la Atención Primaria: "la Atención Primaria comprenderá: … actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria"*;* y la presencia de la Promoción de la Salud en cuatro de las ocho prestaciones

de Salud Pública definidas, y que más tarde se verán modificadas con la aprobación de la nueva Ley General de Salud Pública: " … c) promoción de la salud… f) promoción y protección de la sanidad ambiental. g) promoción y protección de la salud laboral. h) promoción de la seguridad alimentaria" (capítulo I, artículo 12 BOE nº 128 p. 20573).

3.1.3.2. La definición de la Cartera de Servicios comunes en el Sistema Nacional de Salud.

El RD 1030/2006 de 15 de septiembre, la Orden SCO/3422/2007 de 21 de noviembre, la Orden SAS/1904/2009 de 8 de julio, la Orden SAS/1466/2010 de 28 de mayo y la orden SPI/573/2011 de 11 de marzo, tienen por objeto definir, modificar y actualizar las prestaciones del Sistema Sanitario público, fijando los servicios comunes en todo el Estado en materia de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, orto-protésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Son servicios considerados básicos y comunes para ofrecer una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos/as los/as ciudadanos/as.

Dentro de la cartera de servicios comunes de Salud Pública se proponen acciones orientadas al diseño e implantación de políticas de salud y acciones orientadas directamente a la ciudadanía a través de programas intersectoriales y de programas transversales dirigidos a siete ámbitos: información y vigilancia epidemiológica, protección de la salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias, protección y promoción de la sanidad ambiental, promoción de la seguridad alimentaria, vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud y protección y Promoción de la Salud laboral.

La cartera de servicios comunes de Atención Primaria comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social, dirigidas a las personas, familias y a la comunidad. Establece que la promoción y la educación sanitaria deben de ir dirigidas a modificar y potenciar hábitos, actitudes y autocuidados favorables a la vida saludable y cambiar las conductas de riesgo para los problemas de salud. Para ello determina que se proporcione: " a) información y asesoramiento sobre conductas o factores

de riesgo y sobre estilos de vida saludables. b) actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos" (RD 1030/2006, BOE nº 222, p. 32657).

La normativa define en el punto 3.3. la Atención Comunitaria como:

> el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos (RD 1030/2006, BOE nº 222, p. 32658).

Como consecuencia de esta legislación nacional, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aprueba también su carta de servicios del Servicio Andaluz de Salud por Resolución de 11 de diciembre de 2006. Los servicios integrados en Atención Primaria son de: "asistencia sanitaria preventiva, curativa, rehabilitadora y de promoción de salud en consultorios y centros de salud" (BOJA nº 246, 2006, p. 59). Lo más significativo de esta resolución es la definición de ocho formas de colaboración y participación de los/as usuarios/as del sistema con el Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 246, 2006, p.59):

1. Mediante la expresión de sus opiniones en las encuestas externas e independientes que anualmente se realicen sobre la satisfacción…
2. Mediante la expresión de sus opiniones en los cuestionarios autocumplimentables que se entregan en el alta hospitalaria…
3. A través del Libro de Sugerencias y Reclamaciones…
4. Mediante su participación en encuentros, reuniones, jornadas, grupos focales que se organicen al efecto…
5. Mediante su participación en el Consejo Andaluz de Salud, los Consejos de Salud de área y el Consejo de Administración del Servicio Andaluz de Salud.
6. A través del convenio de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía…
7. A través de las Asociaciones de pacientes.
8. A través de otros canales, por ejemplo los canales de internet de los centros e instituciones…

3.1.3.3. La reforma del Estatuto de Autonomía y la Ley de Autonomía Local de Andalucía.

Andalucía dispone del instrumento jurídico para el impulso del bienestar, igualdad y justicia social de los/as ciudadanos/as de su territorio tras su aprobación por el congreso de los diputados el 2 de noviembre de 2006 y articulado por la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Entre los diferentes aspectos a regular, el art. 22 y 55 están centrados en el ámbito de la salud, derecho constitucional que dicho Estatuto se compromete a garantizar "los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a: a) acceder a todas las prestaciones del sistema. b) La libre elección de médico y de centro sanitario…". (BOE nº 68, 2007, p. 11875)

Entre las competencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía se encuentran las de:

> …ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria (BOE nº 68, 2007, p. 11881).

Por la competencia en materia sanitaria que le otorga dicha Ley a la Comunidad Autónoma de Andalucía se publica el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de salud. La organización territorial establece la existencia de Áreas de Gestión Sanitaria, Distritos de Atención Primaria, Zonas Básicas de salud, Centros de Atención Primaria de Salud. Los Distritos Sanitarios constituyen (BOJA nº 140, 2007, p. 11):

> Las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la Atención Primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, Promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia e investigación.

Por la estructura funcional de los Distritos de Atención Primaria, recae sobre las unidades de gestión clínica las funciones de "desarrollar actuaciones de Promoción de Salud, la

educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación" (BOJA nº 140, 2007, p. 15), cuyos objetivos quedarán recogidos en los acuerdos de gestión clínica, a cumplir durante periodos de cuatro años. Así mismo las Unidades de Gestión Clínica serán las encargadas de hacer efectiva la participación ciudadana a través de los mecanismos establecidos por la Consejería.

La reforma del Estatuto de Autonomía constituyó un punto de inflexión en la garantía y protección de la autonomía local, reconociendo en su artículo 92.2 competencias propias de los municipios, que tendrá su desarrollo años más tarde con la promulgación de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía. La Ley regula la autonomía local como "la integración de municipios y provincias en una sola comunidad política: autonomía municipal y autonomía provincial…" (BOJA nº 122, 2010, p.8) atribuyéndole competencias propias a los municipios:

1. Ordenación, gestión, ejecución y disciplina urbanística…
2. Planificación, programación y gestión de viviendas y participación en la planificación de la vivienda protegida…
3. Gestión de los servicios sociales comunitarios…
4. Ordenación, gestión, prestación y control de los servicios en el ciclo integral del agua de uso urbano…
5. Ordenación, gestión y prestación del servicio de alumbrado público…
6. Ordenación, gestión, prestación y control de los servicios de recogida y tratamiento de residuos sólidos urbanos o municipales, así como la planificación, programación y disciplina de la reducción de la producción de residuos urbanos o municipales.
7. Ordenación, gestión y prestación del servicio de limpieza viaria.
8. Ordenación, planificación, programación, gestión, disciplina y promoción de los servicios urbanos de transporte público de personas…

… 12. Promoción, defensa y protección del medio ambiente…

13. Promoción, defensa y protección de la salud pública…

14. Ordenación de las condiciones de seguridad en las actividades organizadas en espacios públicos…

15. Ordenación, planificación y gestión de la defensa y protección de las personas usuarias y consumidoras…

… 18. Promoción del deporte y gestión de equipamientos deportivos de uso público… (BOJA nº 122, 2010, p. 10-13)

El municipio se convierte en el marco ideal para el desarrollo de la actividad comunitaria a través de "la elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud" (BOJA nº 122, 2010, p. 11), en el se contemplarán "el desarrollo de programas de promoción de la salud, educación para la salud y protección de la salud, con especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad o de riesgo" (BOJA nº 122, 2010, p.11).

Posterior a esta disposición legislativa y hasta la publicación de la Ley General de Salud Pública, tan sólo merece ser destacada la Ley 25/2009 de 22 de diciembre, conocida como la ley Ómnibus. Esta Ley consta de 48 artículos agrupados en seis títulos, siete disposiciones adicionales, seis disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales dirigida a la modificación de diversas leyes para su adaptación a la ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Entre las leyes modificadas se encuentran dos de las mencionadas con anterioridad: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; y otras dos leyes relacionadas con temas de salud: Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo y reguladora de la Venta, el Suministro, el Consumo y la Publicidad de los Productos del Tabaco, modificada posteriormente por la Ley 42/2010; y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

Las modificaciones del artículo 25 y 102 de la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad están relacionadas con la regulación de actividades comerciales para la protección de la salud y con la información y publicidad de medicamentos. Por lo que no afectan al contenido de interés para este trabajo. Igualmente con la modificación del apartado 2 del artículo 18 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias concerniente a la homologación de los títulos de especialistas obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

3.1.3.4. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

El objeto de la Ley engloba todos los principios y elementos de la Intervención Comunitaria en salud y es quizás la que mejor responde al potencial desarrollo de la dimensión comunitaria de la atención sanitaria:

> Establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva (BOE nº 240, 2011, p.104600).

Para ello considera que el Sistema de Salud Pública debe aunar, coordinar y mediar en tres ámbitos de acción:

> 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios; 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efectos sobre la salud… (BOE nº 240, 2011, p. 104596).

La Ley reconoce la obligación de los servicios sanitarios, en especial la Atención Primaria, de asumir un mayor protagonismo en la acción preventiva y en la salud comunitaria. Igualmente define como derecho de los ciudadanos el de participación efectiva en las acciones de Salud Pública, bien directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen.

En el Título II establece como actuaciones de Salud Pública:

> La vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de problemas de salud y sus determinantes, la coordinación de la sromoción de la Salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud, gestión sanitaria como acción de salud pública, protección de la salud de la población, evaluación del impacto en salud de otras políticas, sanidad exterior y salud internacional, el sistema de información en salud pública (BOE nº 240, 2011, p. 104603-104614).

Además de la regulación de las acciones de Promoción de Salud para incrementar la capacitación de los individuos, la modificación de condiciones desfavorecedoras para la salud de implantación en diferentes ámbitos, como el educativo, sanitario, laboral, local… insiste en el artículo 23, apartado 1 (p.104607-104608), en "desarrollar la atención familiar y comunitaria colaborando con las acciones de promoción de salud en su área de actuación".

Igualmente en el capítulo V, artículo 26, apartado 3 (p. 104608-104609) recoge que los servicios de Salud Pública deben ejercer acciones para conseguir que los centros sanitarios sean centros promotores de la salud, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

El correlato de esta Ley en nuestra Comunidad Autónoma es la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía que incorpora algunos matices que la tildan de progresista. La equidad, la reducción de desigualdades en salud, el empoderamiento de la ciudadanía y la incorporación de los objetivos de Salud Pública a las agendas de los gobiernos locales son los ejes vertebradores de la Ley andaluza. De ahí que las acciones vayan encaminadas: al fomento del interés por la salud desde la infancia "incidiendo en el medio educativo" (p. 67), y en los mayores con la utilización de la herramienta de la educación para la salud; a la Promoción de la Salud y la participación en asuntos de Salud Pública como derechos de la población andaluza para las cuales se articulan medidas; a la colaboración social en torno a la Salud Pública con la creación de redes ciudadanas para el voluntariado en salud y la ayuda mutua; al trabajo intersectorial en salud y el desarrollo de la transversalidad de la salud para hacer efectivo el principio orientador de salud en todas las políticas; al desarrollo del Plan Local de Salud como instrumento para ejercer la responsabilidad de los municipios en la salud colectiva de sus ciudadanos/as.

Sin duda, "la salud pública es el componente del sistema sanitario que mejor puede contribuir a la salud comunitaria y a la integración de los diversos elementos del sistema de salud" (Urbanos 2010, p. 90), donde la Atención Primaria debe complementar y coordinar las actividades y procesos para la mejora de la salud de la comunidad.

> En algunos casos, funciones que actualmente están cubiertas por la Salud Pública podrían estarlo por un equipo de Atención Primaria con clara orientación comunitaria, y en otros casos la acción comunitaria mejoraría si Atención Primaria y Salud Pública se completaran y aunaran objetivos, recursos y esfuerzos. (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray & Gofin, 2010, p. 24).

3.1.3.5. Real Decreto 16/2012 de 20 de abril de 2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

La aprobación de este RD cuyo principal objetivo fue reducir el déficit financiero, ha supuesto la adopción de medidas de recorte en las prestaciones garantizadas por la legislación anterior y en los/as beneficiarios/as de dichas prestaciones. La definición más restrictiva de los considerados beneficiarios del servicio sanitario público, la nueva categorización de la cartera de servicios, la incorporación de medidas que limitan la prestación farmacéutica y la corrección de determinadas situaciones estructurales de los recursos humanos son las notas distintivas de esta legislación.

Gran parte de las nuevas medidas suponen modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Las modificaciones más importantes son las relativas a la nueva definición de beneficiario de los servicios públicos que excluyen a miembros de una comunidad por su condición laboral o de nacionalidad, la aportación económica para el acceso de algunas prestaciones hasta ahora gratuitas y las relativas a los cambios en el apartado de la cartera de servicios.

Respecto a la primera, la necesaria contraprestación económica para acceder a los servicios si no se cumple la condición de asegurado, elimina a una parte de la población de las actividades de Promoción de Salud y Prevención, así como de la atención requerida en situación de enfermedad, incrementándose así las desigualdades sociales y sanitarias.

> La accesibilidad universal del derecho a la asistencia sanitaria en el sistema sanitario público, de todo ciudadano residente en España, pasará de nuevo a estar medida por el criterio del <<aseguramiento>>, lo que conlleva a promover la exclusión social y sanitaria del sector social más vulnerable. Los primeros en estar excluidos son los inmigrantes sin el permiso de residencia… (Ruíz Giménez, 2014, p.1).

En cuanto a las reestructuraciones en la cartera de servicios, es llamativa la desaparición de la palabra Promoción en la nueva definición que se ofrece. La nueva legislación establece tres modalidades de servicios: básicos, suplementarios y accesorios, y en ninguno de ellos se

menciona actividades de Promoción de Salud. Entre los servicios básicos denominados Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales del Sistema Nacional encontramos:

> Todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública" (Capítulo II, artículo 2).

Entre los servicios suplementarios hallamos la prestación farmacéutica, orto-protésica y de productos dietéticas sometidos a aportación por parte del usuario/a; y entre los accesorios aquellos no considerados esenciales y de apoyo para la mejora de la enfermedad crónica.

No obstante, en una revisión más reciente (mayo de 2016) de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se observa en la cartera de servicios comunes de Atención Primaria, la presencia de actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. Se contempla la realización de actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos con el fin de informar y asesorar sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables. Además se aporta la definición de atención comunitaria establecida en el RD 1030/2006, como referente al que han de ajustarse las actividades que pretendan realizarse y encuadrarse en esta modalidad.

3.1.3.6. Ley 27/2013 de Racionalización Sostenibilidad de la Administración Local.

La desprovisión de competencias en Promoción de Salud de los propios servicios sanitarios tiene que ser compensado de alguna forma con la atribución de funciones en esta materia a otros sectores. En este sentido, encontramos un resquicio en la Ley 27/2013, en su artículo 25, dónde se establecen las quince competencias propias del municipio. Entre ellas se encuentran: dentro de Urbanismo, la promoción y gestión de la vivienda de protección pública con criterios de sostenibilidad financiera, conservación y rehabilitación de la edificación; dentro de Medio Ambiente Urbano, gestión de los residuos sólidos urbanos y protección contra la contaminación acústica, lumínica y atmosférica en las zonas urbanas; Abastecimiento de agua potable a domicilio y evacuación y tratamiento de aguas residuales; Protección de la salubridad pública; y Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de

ocupación del tiempo libre. Gran parte de las señaladas se ubican dentro de las condiciones de vida, bloque importante de factores relacionados con la salud. La protección de la salubridad pública en el siglo XXI no abarca sólo la protección de la salud en cuanto a garantizar aspectos del medio físico, sino que además contempla la garantía de creación de espacios saludables y el fomento de estilos de vida saludables.

La incorporación de la salud a la agenda política local, aunque no es nueva, cobra un especial protagonismo en la actualidad, motivada también por el mayor interés de la ciudadanía por la salud y el bienestar. Esto obliga a los responsables políticos municipales a un nuevo liderazgo y nuevas formas de gobernanza, que supone prestar unos servicios desde una concepción de trabajo intersectorial que cuente con la participación de la ciudadanía y los/as agentes sociales, incluidos los/as profesionales sanitarios. Sin duda, ello implica la incorporación de la salud a la agenda política, haciendo efectiva la estrategia mundial de Salud en Todas las Políticas y la implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud español.

3.2. Las Líneas Estratégicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La Consejería de Salud es el organismo de la Administración de la Junta de Andalucía encargada de definir las políticas sanitarias en nuestra Comunidad Autónoma y de dirigir aquellos organismos dependientes de ella, encargados de la ejecución de las acciones sanitarias. Uno de estos organismos es el Servicio Andaluz de Salud de Andalucía cuya misión es prestar atención sanitaria a la ciudadanía de nuestra región a través de los diferentes centros de atención especializada y atención primaria, y otras organizaciones específicas. A la Atención Primaria, se le atribuye las funciones de la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos/as a cubrir a través de los 1518 centros de Atención Primaria de Salud que existen en la actualidad en Andalucía.

La Consejería de Salud de Andalucía materializa la orientación de su política a través de la ideación de los Planes de Salud y Calidad, la definición de la cartera de servicios y los contratos-programas del Servicios Andaluz de Salud, la elaboración de planes integrales,

estrategias, programas y proyectos que van a definir la práctica de los/as profesionales integrados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

3.2.1. Los Planes de Salud y de Calidad de la Junta de Andalucía.

A lo largo de la historia de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se han definido y publicado cuatro Planes de Salud y tres Planes de Calidad como instrumentos que han marcado y marcan los principios y directrices de su política sanitaria. El contenido de estos documentos ponen de manifiesto el lugar que ocupa la Intervención Comunitaria en Salud en las estrategias de atención de la Sanidad Pública Andaluza. También se detecta como la orientación ha cambiado desde "la troncalidad hasta la transversalidad" (Fiuza, Aguiar y Monzón, 2010, p. 39), de ahí que en un primer momento se hayan enfocado hacia la intervención sobre los factores ligados a los problemas de salud y en la actualidad se centren en la lucha contra determinadas enfermedades a través de los Planes Integrales.

La estrategia y objetivo del I Plan Andaluz de Salud publicado en 1993, siguiendo las directrices del RD 938/1989, de 21 de julio, está en íntima conexión con el tema de estudio de esta investigación. El Consejero de Salud de la Junta de Andalucía por aquellos años, D. José Luís García de Arboleya Tornero, lo definía como "una estrategia de acción intersectorial… hacia un objetivo prioritario: Mejorar la Salud de nuestra población" (Consejería de salud, 1993, p. 8). La línea directriz del Plan es la Estrategia Regional de Salud para Todos en el Año 2000 formulada por el Comité Regional Europeo de la Organización Mundial de la Salud, y por tanto, ni que decir tiene, que la potenciación del Primer Nivel de Atención y de la estrategia de Promoción de Salud queda explicitada en las cinco líneas vertebradoras del plan: Conseguir un medio ambiente saludable, promocionar estilos de vida saludables, mejorar el entorno social y ciudadano, fomentar la educación para la salud y mejorar los cuidados.

Pero todo este espíritu reformista se ve truncado en el II Plan Andaluz de Salud, al dar un giro hacia una orientación muy biomédica, centrado principalmente en dos indicadores del estado de salud: la mortalidad y la morbilidad. De los 92 objetivos planteados tan sólo 17 están enfocados a una estrategia comunitaria. Por una parte, la potenciación de la Educación en Valores y la Educación para la Salud en los Centros Educativos de Primaria y Secundaria

en la prevención de riesgos para la salud y la promoción de hábitos saludables en consonancia con la transversalidad de estos contenidos promulgada en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990) (Objetivos: 29, 44, 45, 57, 76, 77, 78, 80 y 89); y por otra, la incorporación del Programa de Atención a la Mujer durante el climaterio (objetivo 36), el aumento de la cobertura en el Programa de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio y el de Seguimiento Infantil (objetivos 37 y 48), el fomento de la Educación Sexual para la prevención de los embarazos no buscados en adolescentes (objetivo 53), el fomento de la dieta mediterránea y el ejercicio físico en la población general (objetivos 79 y 82) y el incremento de la participación ciudadana en el sistema (objetivos 75, 91 y 92).

Estando aún vigente el II Plan de Salud se publica el I Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su edición es del año 2000 con vigencia para los siguientes cuatro años. Un elemento común en todos los Planes de Calidad de la Consejería de Salud de Andalucía es la consideración del ciudadano como centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, al menos en el discurso. De esta forma "la continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave y determinante que inspira la organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc…" (Consejería de salud, 2000, p. 8). El plan se desarrolla en torno a siete líneas estratégicas: calidad, desarrollo para los profesionales, evaluación, investigación, comunicación y financiación. Ya desde este plan se plantea una atención sanitaria basada en la estructuración por procesos asistenciales como línea estratégica de calidad.

El III Plan Andaluz de Salud se lanzó para orientar la atención sanitaria del quinquenio comprendido entre 2003-2008. En consonancia con los Planes de Calidad, el Servicio Sanitario Público gira en torno al ciudadano. Sorprende gratamente, identificar que de los seis ejes transversales del Plan, cinco estén relacionados con la Intervención Comunitaria: intersectorialidad, participación comunitaria, acción local, educación para la salud y enfoque de género.

> Este Plan concede gran importancia a la prevención y reducción de riesgos, a las políticas de Promoción de la Salud, con el fin de generar yacimientos de salud y aumentar el compromiso y autonomía de las personas (Consejería de salud, 2003, p. 9).

En el ámbito de los/as profesionales refleja un modelo de gestión por competencias, y en armonía con lo proyectado en el I Plan de Calidad, basado en los Procesos Asistenciales Integrados.

En el II Plan de Calidad se diseñaron cinco procesos estratégicos para los años 2005-2008. El primer proceso estratégico planteaba como objetivo "Asumir las necesidades y expectativas de los/as ciudadanos/as" (Consejería de Salud, 2005, p. 18) y para ello se centró en la medición de la satisfacción de los/as usuarios/as, en la participación activa y comprometida mediante instrumentos de consenso, en la mejora de los canales de comunicación y en el impulso de políticas activas de promoción y prevención de la salud. Dos procesos claves ayudarían a la consecución de este objetivo: Adaptar los servicios a los/as ciudadanos/as mediante un sistema personalizado "un sistema sanitario único para un paciente único" (Consejería de Salud, 2005, p. 21); atender y gestionar las relaciones con el/a ciudadano/a mediante un sistema interactivo. Para este último proceso clave se marcaron tres líneas de acción: la primera encargada de introducir en los Contrato-Programas, objetivos que dieran respuesta a las demandas de la ciudadanía; una segunda centrada en la creación de espacios de participación interactiva en el nivel institucional y en cada uno de los centros del sistema sanitario; y la última con la pretensión de situar a la administración sanitaria y a los/as ciudadanos/as en un marco democrático de participación con tres líneas de acción a su vez:

- Concretar los cauces de participación y establecer distintos tipos de estrategias con las asociaciones de autoayuda, especialmente con las dedicadas a enfermedades prevalentes.
- Elaborar planes conjuntos entre la administración y voluntariado y mediadores, por grupos de edad y género.
- Pactar con las asociaciones de consumidores la incorporación de criterios de salud a sus políticas de acción.(Consejería de Salud, 2005, p.26)

Una de las dificultades para la participación comunitaria como es la gestión centralizada, queda eliminada en el segundo proceso estratégico, con la garantía de una gestión de calidad de los servicios sanitarios, en el que se promueve una gestión descentralizada, que dote de mayor capacidad y autonomía al centro.

En el tercer proceso estratégico cabe destacar, en relación a nuestro objeto de estudio, el objetivo de "Garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública" (Consejería de Salud, 2005, p. 38), mediante un proceso clave que impulse las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se vende el que sea un sistema sanitario orientado a la salud con objetivos como (Consejería de Salud, 2005, p.41-43):

3.1. Impulsar las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro del proceso de atención a la salud de la población…

3.2. Impulsar la mejora continua en las políticas de promoción y prevención…

3.3. Lograr una mayor implicación profesional en la promoción y prevención de la salud…

3.4. Fomentar hábitos saludables en los ciudadanos andaluces…

3.4. Impulsar estrategias para el abordaje de las situaciones de exclusión social desde la perspectiva de la atención sanitaria a estos colectivos…

3.5. Asegurar el desarrollo de los planes integrales como elementos clave de la atención a la salud de la población en Andalucía…

Todas estas pretensiones se traducen de forma operativa en 25 proyectos estratégicos, de los cuales para nuestra investigación, cabe destacar (Consejería de Salud, 2005, p. 76-83):

Proyecto (P) 6: Nuevas formas organizativas y de gestión que le confieren más autonomía y descentralización a los centros y unidades.

P 12: Políticas de prevención y promoción como elemento de calidad en los centros y servicios dentro de los cuales se definen las siguientes líneas de acción:

*Identificar los aspectos relacionados con la promoción y la prevención que deben incorporarse a las normas de calidad de los procesos asistenciales y la cartera de servicios.

*Incluir objetivos específicos relacionados con la promoción y prevención entre los criterios de autorización de las Unidades de Gestión Clínica.

*Identificar criterios que permitan la evaluación de las actuaciones de promoción y prevención a la luz de la evidencia científica disponible.

*Definir estándares de calidad y buenas prácticas para las actuaciones de promoción y prevención.

*Definir un sistema homogéneo de evaluación de las actuaciones de promoción y prevención.

P 13: Desarrollo de métodos de intervención en hábitos saludables.

P 14: Impulsar estrategias para el abordaje de las situaciones de exclusión social.

P 15: Nuevo sistema de vigilancia de la salud.

P 17: Medición del impacto de las políticas de salud.

El último Plan de Calidad extiende su aplicación entre los años 2010 y 2014. Su contenido se fundamenta en los resultados de la evaluación externa a la que se somete el II Plan de Calidad a finales de 2008. En él se definen tres escenarios: Ciudadanía, Profesionales y Espacio Compartido, sobre los que se plantean 14 objetivos, 73 líneas de acción y se diseñan 18 proyectos.

El principio que rige el escenario de la ciudadanía es el papel de la población en el ejercicio de su autonomía y participación en las decisiones sobre su salud como una exigencia y como una oportunidad. Las líneas de acción de este apartado se especifican a continuación (Consejería de Salud, 2009, p.18-27):

1.2. Las necesidades de las personas orientarán las acciones…

2.2. En todas las actuaciones expresadas en el desarrollo de los planes, se integrarán de forma sistemática intervenciones de prevención y Promoción de la Salud a nivel individual y colectivo…

3.2. Hacer efectiva la participación y la corresponsabilidad de la ciudadanía, potenciando la formación y la información…

3.4. Hacer efectivo el desarrollo de la participación de la ciudadanía… creando procedimientos de participación individual y colectiva…

En el desarrollo del escenario de los/as profesionales también se introducen líneas de acción relacionadas con la Intervención Comunitaria, en concreto se han seleccionado cinco (Consejería de Salud, 2009, p.31-47):

1.4 Desarrollar de manera plena el modelo de carrera profesional, como reconocimiento del desarrollo profesional hacia la excelencia en todas las vertientes competenciales, en el ámbito de la asistencia, la promoción y protección de la salud, la docencia y la investigación.

3.6 Introducir las técnicas y metodología de la investigación social con repercusiones sanitarias, la investigación de acción participada y otros sistemas de investigación concebidos para la mejora de los aspectos sociales de la salud.

5.5 Integrar en los sistemas de formación y desarrollo profesional el nuevo paradigma basado en la responsabilidad sobre la salud pública.

> **6.5** Facilitar medidas de Promoción de la Salud en el lugar de trabajo, que contribuyan a crear entornos de trabajo saludables, de mayor calidad, confort y rendimiento.

Y finalmente en el espacio compartido, la Consejería de Salud también realiza una mirada hacia el tema de esta tesis (Consejería de Salud, 2009, p.49-59):

> **1.5** Orientar la actividad de los equipos profesionales a los problemas de salud, avanzando en su análisis, diagnóstico y acciones de respuesta, incorporando en las Unidades de Gestión Clínica la evaluación de los resultados en salud como elemento nuclear para su desarrollo.
> **2.1** Promover la flexibilidad de las estructuras organizativas, propiciando unos servicios centrados en la persona que se adapten a las diferentes realidades en Andalucía, fundamentalmente en aquellas zonas de especial intervención.
> **2.4** Desarrollar las estrategias de acción en salud en el ámbito local, trasladando protagonismo a los gobiernos locales en las intervenciones para mejorar la salud a nivel poblacional.
> **3.7** Reforzar la formación e investigación sobre los determinantes sociales, para favorecer respuestas de carácter integral imprescindibles para articular la atención a problemas emergentes de salud.
> **4.7** Incorporar al espacio compartido la conexión con otros sistemas de ganancia en salud, facilitando la comunicación bidireccional con los profesionales.

De los 18 proyectos propuestos, siete incorporan acciones relacionadas con la Intervención Comunitaria o alguna de sus herramientas imprescindibles, siendo el proyecto décimo-octavo el dedicado íntegramente a acciones que potencian el desarrollo del nuevo modelo de salud pública. Dada la extensión del contenido de estos proyectos para incorporarlo en el marco teórico de esta tesis doctoral, se ha elaborado un cuadro que aparece en el Anexo1. Destacar de estos proyectos, aquellos que inciden en el desarrollo del nuevo modelo de salud pública planteando estrategias de prevención y promoción de la salud, protección y vigilancia de la salud; y aquellos que pretenden dar más protagonismo a la ciudadanía en su proceso de salud, haciendo efectiva su participación en el sistema sanitario.

Para conseguir este último proyecto, el Servicio Andaluz de Salud regula la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica por una nueva resolución que ampliará los órganos de participación creados once años atrás. Por la misma se elegirán mediante muestreo aleatorio, a dos personas mayores de edad, hombre y mujer, de entre la población

de referencia de la unidad, que junto a la dirección de la Unidad de Gestión Clínica, y a todos los puestos intermedios como mínimo conformaran la comisión de participación. Dicha comisión se reunirá al menos tres veces al año con funciones asesoras para las actuaciones de mejora continua de la unidad (Resolución SA 0077/12, 2012, p. 2-3).

Finalmente el IV Plan Andaluz de Salud publicado en 2013, tiene como eje central la estrategia basada en la Declaración de Roma de 2007 sobre Salud en Todas las Políticas y de la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de Salud (OMS, 2013). Se presenta como un Plan consensuado entre los diferentes departamentos de la Junta de Andalucía, en el intento de actuar sobre las condiciones de vida que determinan la salud de los/as andaluces/as. De hecho el análisis de estos factores ocupa la mayor parte del apartado del diagnóstico de situación de salud de la población en el documento.

> En el perfil de qué servicios sanitarios y de qué tipo van a ser necesarios para estos próximos años, todos los planes integrales y las estrategias coinciden en destacar, entre otros, aspectos importantes tales como el papel ya citado de la prevención y promoción, desde los primeros años de vida y a todas las edades; la actuación por procesos asistenciales; la gestión clínica como modelo organizativo; la potenciación de la Enfermería en la gestión de la cronicidad, la coordinación y desarrollo de la atención socio-sanitaria para la atención domiciliaria o en residencias, en todo el territorio, las necesidades en materia de información; un mayor papel y protagonismo para los y las pacientes; la interacción de los planes entre sí; y la evaluación de los mismos. (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013, p. 38).

La mirada especial de este Plan hacia las desigualdades en salud le lleva a proponer la reorientación de las intervenciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia el trabajo intersectorial, hacia los determinantes de salud, así como hacia la identificación de los activos en salud, que contribuya a generar salud individual y colectiva. A partir de estas premisas, el Plan gira en torno a seis compromisos (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013, p. 49-83):

- Aumentar la esperanza de vida en buena salud.
- Proteger y promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.
- Generar y desarrollar los activos en salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.
- Reducir las desigualdades sociales en salud.

- Situar el sistema sanitario público andaluz al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales.
- Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.

Algo que diferencia a este Plan de los que le han precedido, es la explicitación de los mecanismos necesarios para su puesta en marcha y la caracterización de la evaluación del mismo. En este nuevo planteamiento el trabajo en salud y de cara a los servicios sanitarios, en el Plan se expresa que se:

> …requiere la reorientación de los servicios de salud; requiere una gestión de los servicios adaptada no solo al aseguramiento y mejora de la calidad, sino a la necesidad de dar respuesta a la mayor carga de enfermedad de la población con una perspectiva comunitaria para una mejora de la salud y la calidad de vida, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013, p.86)

En el marco del IV Plan de Salud, y tras la Resolución 0149/14, de 6 de octubre por la que se deroga la Resolución SA 0077/12, de 20 de marzo de 2012, de regulación de la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud, se publica en el año 2015, una nueva resolución. El fracaso en la consecución de los objetivos de presencia activa de los ciudadanos/as, del fortalecimiento de la corresponsabilidad y el diálogo participativo, exigen un nuevo modelo de la participación comunitaria. La Resolución SA 0015/15, de 4 de febrero de 2015, de desarrollo de la participación ciudadana en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, contempla la creación de una Comisión de Participación Ciudadana por Centro Sanitario, sin perjuicio de la participación ciudadana en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica. El número máximo de participantes es de 15 personas expertas designadas por el/a director/a Gerente del centro de entre aquellas que representan a la ciudadanía, en calidad de pertenecer a alguna asociación, o institución de la población. La periodicidad de las reuniones es de dos al año con el objetivo de diseñar, validar y realizar un seguimiento del Plan de Participación Ciudadana del Centro. La Consejería de salud andaluza entiende la participación ciudadana en los centros sanitarios como un proceso con diferentes niveles de desarrollo: un primer nivel en el que los/as ciudadanos/as reciben información y acuden para recibir la oferta de servicios; un segundo nivel en el que los/as ciudadanos/as participan en la evaluación de resultados clínicos y en

salud; y por último, colaboración entre ciudadanía/administración en la elaboración e implantación de los planes de Promoción de la Salud.

Los ejes fundamentales del Plan de actuación ciudadana son: "participación en el sistema de salud y participación en la propia salud" (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015, p.15). Para ello los canales y herramientas con las que se cuenta son:

> "Comisión de Participación Ciudadana de centro, Grupos focales, Encuestas a pacientes, Cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud para procesos específicos, Cuestionarios pre y post intervención, Cuestionarios para evaluar las habilidades comunicativas, actitudes de respeto y consentimiento informado, Entrevistas semiestructuradas, Análisis de reclamaciones, Uso de Redes sociales y TICs, Talleres de formación a pacientes por pacientes expertos y/o actividades paralelas, Acciones de promoción y prevención, Particiacipación del centro en comisiones intersectoriales de aspectos relacionados con la ciudadanía, Mesas participativas con la ciudadanía a nivel de Unidades de Gestión Clínica" (Consejería de Salud, 2016, p.6).

Entre las diferentes áreas de participación en las Unidades de Gestión Clínica encontramos las Acciones de Prevención y Promoción de la Salud.

3.2.2. La Cartera de Servicios y los Contratos-Programa del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

El análisis de la Cartera de Servicios perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS) permite observar la coherencia entre lo teórico, deseable y definido en los Planes y lo establecido para la práctica en forma de actividades científico-técnicas y administrativas. La elaboración de dicha Cartera de Servicios ha estado en consonancia con las propuestas realizadas a nivel central del Instituto Nacional de Salud desde el año 1995 (INSALUD, 2001). La oferta, desde el primer año de publicación en Andalucía (1999), ha sido de permanente crecimiento de servicios para la atención de la población. Cada edición anual se ha ido adaptando a las actualizaciones correspondientes, en mayor o menor medida. Una de las actualizaciones más importantes se produce en 2001-2002, cuando se decide estructurar la asistencia sanitaria mediante Procesos Asistenciales Integrados (PAI), con el objetivo de adaptarse a lo establecido en el Plan de Calidad y así "garantizar una continuidad asistencial centrada en el paciente y con el horizonte de disponer de una cartera de servicios única por

procesos" (Instituto de Información Sanitaria, 2010, p.26). Así en 2004 aparece una doble publicación: "Cartera de servicios por Procesos Asistenciales Integrados" y "Cartera de servicios de Atención Primaria 2004". Y a partir del año 2005 ya se suprimen aquellos servicios para los que se contaba con el correspondiente PAI.

Como se observa en la Tabla 4, la oferta básica en 1999 de actividades comunitarias fue: las actividades grupales derivadas de la atención a los procesos crónicos, el Programa de Seguimiento de Embarazo y Salud Infantil, los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, las intervenciones en atención sexual a jóvenes que en el año 2003 se integrarán bajo el Programa de Forma Joven, la atención al climaterio, atención a personas en riesgo social, las actividades de promoción y prevención de Salud Bucodental en la escuela que se inician en 2003 y finalmente, los servicios de Salud Pública presentes desde el inicio pero ampliándose sus actividades conforme se publicaron las sucesivas carteras de servicios. El examen de salud a las personas mayores de 65 años no se incorpora hasta el año 2006, con la publicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Persona en Situación de Dependencia.

CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD/ AÑOS			1999	2000	2003	2004	2005	2006	2007
ATENCIÓN SANITARIA EN CONSULTA		Consulta Médica, Pediátrica y de Enfermería	●	●	●	●	●	●	●
ATENCIÓN SANITARIA EN URGENCIAS		En consulta y domicilio	●	●	●	●	●	●	●
ATENCIÓN SANITARIA EN PROBLEMAS ESPECÍFICOS		Alta hospitalaria, pacientes inmovilizados, tuberculosis, enfermos terminales, ancianos en riesgo y ancianos institucionalizados	●	●	●	●	●	●	●
		Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y cuidados a cuidadoras			●	●	●	●	●
ATENCIÓN EN PROCESOS CRÓNICOS		HTA, diabetes, EPOC/OCFA, VIH+, asma, polimedicados, deshabituación tabáquica/atención a personas fumadoras, personas con tratamiento anticoagulante oral	●	●	●	●	●	●	●
SEGUIMIENTOS Y ATENCIÓN A PERSONAS EN CONTACTO CON EL AMIANTO							●	●	●
ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS Y/O AGRESIONES SEXUALES							●	●	●
EXAMEN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS								●	●
CIRUGÍA MENOR			●	●	●	●	●	●	●
INMUNIZACIÓN CONTRA		Tétanos, gripe, hepatitis B y difteria	●	●	●	●	●	●	●
DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA			●	●	●	●	●	●	●
SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO		Educación Maternal	●	●	●	●	●	●	●
		Seguimiento del Embarazo normal	●	●	●	●	●	●	●
		Atención Puerperal	●	●	●	●	●	●	●
SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL		Detección Precoz de metabolopatías	●	●	●	●	●	●	●
		Vacunaciones Infantiles	●	●	●	●	●	●	●
		Seguimiento de Salud Infantil	●	●	●	●	●	●	●
		Salud Escolar	●	●	●	●	●	●	●
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		Planificación familiar	●	●	●	●	●	●	●
		Atención a las mujeres que solicitan IVE							●
ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS JÓVENES (PROGRAMA FORMA JOVEN)			●	●	●	●	●	●	●
ATENCIÓN AL CLIMATERIO				●	●	●	●	●	●
SALUD MENTAL			●	●	●	●	●	●	
ATENCIÓN DE PERSONAS EN RIESGO SOCIAL					●	●	●	●	●
DISPOSITIVO DE APOYO	SALUD BUCODENTAL	Tt^{o} de procesos agudos bucodentales, cirugía oral, Seguimiento de Salud Bucodental de Embarazadas, Programa de asistencia bucodental para la población de 6 a 15 años, Asistencia bucodental a personas discapacitadas	●	●	●	●	●	●	●
		Actividades de promoción y prevención de salud bucodental en la escuela			●	●	●	●	●
	FISIOTERAPIA/ REHABILITACIÓN	Fisioterapia, rehabilitación y terapia ocupacional	●	●	●	●	●	●	●
	CENTROS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			●	●	●	●	●	●
	SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	Vigilancia Epidemiológica, salud alimentaria y salud ambiental	●	●	●	●	●	●	●

Tabla 4. Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud desde 1999 a 2007

Hasta 2008 no se integra todo en un solo documento donde aparecen todos los servicios ofrecidos por la Atención Primaria. La estructura de la cartera de servicios se modifica de nuevo estableciendo tres grandes apartados de servicios, los ofrecidos al individuo, la familia y a la comunidad. Centrándonos en la dimensión comunitaria se explicitan dos líneas de acción: la necesidad de realizar el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad previa a la planificación y programación en salud, aludiendo a los pasos de cualquier proceso planificado; y la creación de grupos de apoyo como estrategia de intervención. La actividad comunitaria debe ir enfocada al tratamiento grupal de las actividades preventivas en áreas como la alimentación, el ejercicio físico, hábitos tóxicos, accidentes infantiles y domésticos, caídas en ancianos…; la educación y Promoción de Salud en el ámbito educativo con los programas de *Forma Joven, Salud Escolar y A no fumar, ¡me apunto!*; Promoción de Salud en otros ámbitos, con preferencia en la atención a las cuidadoras, personas mayores y progenitores y las empresas libres de humo; y por último, atención a las personas con riesgo social en salud, con actuación preferente a ancianos/as, personas discapacitadas, menores, personas víctimas de alguna violencia, de alguna adicción, colectivos de inmigrantes y refugiados, colectivos especiales e intervenciones en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS). Se mantienen los dispositivos de apoyo de salud bucodental, rehabilitación, centros de Enfermedades de Transmisión Sexual, servicios de salud pública y se incorpora la unidad de apoyo al Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (PITA) y el Servicio de Atención Ciudadana (SAC) desde el que garantizar la personalización de la atención, accesibilidad, información, confort y la intimidad, el acceso a los derechos y garantías, y fortalecer la participación de la ciudadanía (Servicio Andaluz de Salud, 2008).

Se han analizado tres Contratos-Programa y sus correspondientes adendas pertenecientes a los periodos que se indican en la Tabla 5.

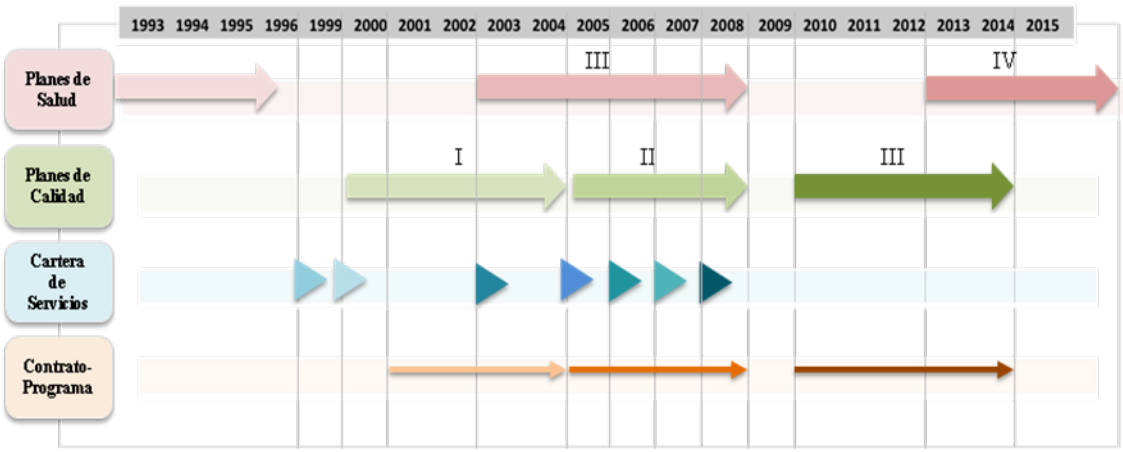


Tabla 5. Distribución temporal de la publicación de los diferentes documentos oficiales de la Consejería y Servicio Andaluz de Salud. Elaboración propia.

Para los años 2001-2004 ya se establece "como estándar óptimo un tiempo de cinco horas de consultas en el centro por médico de Equipo Básico de Atención Primaria y día" (SAS 2001, p. 11), por lo que queda poco tiempo de la jornada laboral de estos profesionales para la dedicación a otro tipo de actividades no clínicas. En el seguimiento de la Salud Infantil se recomienda ir integrando los controles de salud de los 6, 11 y 14 años para sustituir los exámenes de salud en la escuela por el Programa de Salud Escolar, en el que se pone el énfasis en la creación de grupos de trabajo intersectoriales entre Educación y Sanidad para tratar temas prioritarios como: la sexualidad, prevención de accidentes de tráfico, prevención de VIH/SIDA, consumo de tabaco y alcohol.

El Contrato-Programa para los años 2005-2008 establece que serán los técnicos de salud de cada área de gestión sanitaria los encargados de realizar un análisis epidemiológico de la población de su zona que será la base para las líneas estratégicas a definir para ese periodo. Se insta a que se pongan en marcha estrategias de acción intersectorial en consonancia con lo establecido en el III Plan de Salud, e incluso se especifica que "Las AGS (Áreas de Gestión Sanitaria) facilitarán la flexibilidad horaria necesaria para la realización de actividades con la comunidad" (SAS 2008, p.21). En relación a la reducción de desigualdades, se pone en marcha la Estrategia de Intervención en Salud en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) a las que se deberá apoyar desde los distritos. En el área de atención a los problemas de salud de los niños y jóvenes se comienza con la implantación de los programas *Aprende a Sonreír* en los centros de Educación Infantil y/o Primaria, y *Forma Joven* en los Institutos de Educación Secundaria.

Finalmente, el Contrato-Programa para los años de 2010-2013 defrauda en su prioridad de potenciar la Atención Primaria a base de un fortalecimiento en el área clínica con mayor dotación de recursos para el diagnóstico y la atención con el fin de disminuir la demanda en Atención Especializada (SAS 2010, p.33-34). En sentido contrario, encontramos la puesta en marcha de un Plan de Participación ciudadana, la potenciación de Planes Integrales (tabaquismo, obesidad, alimentación equilibrada), la Promoción de la Salud en la escuela, la cooperación con los municipios y agentes sociales en los Planes Locales de Acción en Salud, incremento de la cobertura de *Forma Joven* y la potenciación de la participación, la cooperación social y la ayuda mutua.

3.2.3. Los Planes Integrales, Estrategias y otros Planes de la Consejería de Salud de Andalucía.

En el ámbito nacional, ya la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) preveía la atención a los problemas de salud más prevalentes mediante la elaboración de Planes Integrales con el propósito de disminuir la carga de enfermedad en la población y procurar una atención integral. En Andalucía, el III Plan de Salud (2003) marcaba como línea de actuación prioritaria "Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes Integrales…" (Consejería de Salud, 2003, p.4).

> Un Plan Integral de Salud define, para un ámbito geográfico, para un problema de salud concreto y para un período de tiempo determinado, un conjunto de estrategias que ordenan las intervenciones más adecuadas para la prevención y el manejo de dicho problema y de sus factores determinantes (Amo & Rodríguez, 2010, p.17).

Todos los Planes Integrales elaborados por la Consejería de Salud de Andalucía mantienen la misma estructura (Tabla 6). Tras una introducción y el análisis de la situación actual del problema de salud concreto, se plantean los objetivos generales del Plan y las estrategias de actuación para conseguirlos. También se formulan los indicadores de evaluación y el mecanismo de seguimiento que permita una evaluación procesual y de resultados.

PLANES INTEGRALES (PI)	• PI de Accidentabilidad 2004-2008 • PI Cardiopatías (PICA) 2005-2009 • PI Tabaquismo (PITA) 2005-2010 • PI Oncología 2007-2012 • PI Obesidad Infantil (PIOBIN) 2007-2012 • II PI Salud Mental (PISMA) 2008-2012 • II PI de Diabetes (PIDA) 2009-2013 • I Plan de Acción Integral para mujeres con discapacidad 2008-2013 • PI de Cuidados en Andalucía (PI-Cuida)
ESTRATEGIAS	• Atención sanitaria a menores extranjeros • Bioética • Seguridad del paciente • Programa Integral de prevención, control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos. PIRASOA • Investigación e Innovación en Salud I+i 2014/2018. • Formación integral del Servicio Sanitario Público Andaluz • Sistema integral de gestión ambiental
PLANES	• Plan Andaluz de ICTUS 2011-2014 • Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010 • Plan de Salud Ambiental 2008-2012 • Plan de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada (PAFAE) 2004-2008. • Plan Andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (PIEC) 2012-2016 • Plan de Genética

Tabla 6. Planes y estrategias de la Consejería de Salud de Andalucía. Elaboración propia.

Los Planes menos recientes que están en activo datan del periodo de 2004-2008 (Plan Integral de atención a la accidentabilidad) y del periodo 2005-2009 ó 2010 [Plan Integral de Cardiopatías y Plan Integral de Tabaquismo (PITA)]. En cambio, la atención a la oncología, la salud mental y la diabetes van por su segundo Plan Integral para los años 2007-2012, 2008-2012 y 2009-2013 respectivamente.

En la revisión de todos los Planes Integrales publicados en Andalucía se detectan líneas de acción enfocadas a la Promoción de Salud, centradas en estrategias de educación para la salud y modificación de estilos de vida principalmente. En tres de ellos (PITA, PIOBIN y PI de atención a la accidentabilidad) se definen líneas de actuación intersectoriales, con el ámbito educativo principalmente, ámbito laboral, jefaturas de tráfico, instituto de la juventud, federación de asociaciones de padres y madres de alumnos/as, ayuntamientos...

Mención especial merecen tres de los Planes andaluces que aparecen en la Tabla 6 por su carácter global y por el enfoque comunitario acorde con nuestro objeto de estudio. El Plan Andaluz de Salud Ambiental que aborda de una manera integrada la intervención sobre uno de los factores con mayor influencia en la salud de la población con los objetivos de "mejorar la protección de la salud frente a factores ambientales identificados y prevenir las nuevas amenazas para la salud derivadas de riesgos ambientales emergentes" (López Díaz & Silva López, 2008, p.21). El Plan para la Promoción de Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE) que incluye objetivos, estrategias e indicadores dirigidos a la población general, a los servicios sanitarios, a la comunidad educativa, al sector laboral, a las empresas de producción y a las empresas de restauración y de ocio. El Plan de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PIE) que incorpora una línea estratégica específica de prevención y promoción de la salud y en las cinco líneas restantes contienen acciones prioritarias dirigidas a la comunidad, entre otros escenarios.

3.2.4. Las Estrategias, Programas de Salud y Proyectos de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud.

Describimos ahora las propuestas operativas de intervención en la comunidad en forma de Estrategias, Programas y Proyectos que la Administración Sanitaria Pública en Andalucía propone para su desarrollo desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud, en colaboración con este nivel sanitario o desde cualquier institución o grupo comunitario.

El inicial Programa de Salud de *Embarazo, Parto y Puerperio* pasa a ser Proceso Asistencial Integrado, apareciendo la primera edición en 2002 y la más reciente, tercera edición, en 2014. En este programa se continúa contemplando la preparación para el nacimiento y crianza de los infantes durante el primer trimestre mediante actividades grupales a desarrollar en los últimos tres meses de embarazo (Aceituno, 2014).

El Programa de Salud más recientemente revisado y reformado es el *Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía* (PSIAA), publicado a finales de 2014:

> El PSIAA constituye una apuesta innovadora en la que destaca, además de la consideración de las más recientes evidencias científicas, algunas otras fortalezas, como su propia concepción multidisciplinar; la fuerte incorporación de contenidos para la promoción de la parentalidad positiva o la definición de actividades de Promoción de Salud en encuadres grupales y entornos comunitarios (Garrido & cols., 2014, p. 1).

La atención a la salud bucodental genera en los distritos sanitarios la creación de un dispositivo de apoyo de odontología (1999) entre cuya responsabilidad está el desarrollo de dos programas de salud en esta área: *Sonrisitas* y *Aprende a Sonreír.* Ambos son programas de Promoción de la Salud bucodental en niños y niñas escolarizados/as. El programa *Sonrisitas* está dirigido a los profesionales, padres y madres de niños/as hasta tres años, escolarizados en las Escuelas Infantiles de titularidad de la Junta o concertadas, con el objetivo de instaurar hábitos de higiene dental y alimentación no cariogénica en los infantes, proporcionar recursos y habilidades al profesorado y las familias para participar en esta actividad de Promoción de Salud (Castaño & cols., 2012)..

La labor continúa en Educación Infantil y Primaria con el programa *Aprende a Sonreír*, en el que se realiza un estrecho trabajo entre la Consejería de Educación, Ciencia y Deporte y la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. El profesorado y las familias son igualmente los agentes activos en este programa. Es de destacar el ingente material elaborado que sustenta la ejecución de este Programa de libre elección por los Centros Educativos Públicos y Concertados de Andalucía (Bravo, Bernabé, Gálvez, Jiménez & Márquez, 2013).

La elaboración del programa de *Promoción de Alimentación Saludable en la Escuela* (PASE), de la Consejería de Salud y la Consejería de Educación viene promovida por el PAFAE, que contempla la elaboración de programas de educación para la salud dirigidos a la población escolar andaluza. Supone un reto para los profesionales sanitarios y de la educación en el trabajo colaborativo y en hacer efectiva la transversalidad de la educación para la salud en el currículum educativo (Alonso & cols., 2004).

Otra estrategia de vinculación con el ámbito educativo es el programa de *Forma Joven* de instauración, previa solicitud del centro, en los Institutos de Educación Secundaria (IES). Forma Joven:

> Es una estrategia de Promoción de Salud que consiste en acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, asesorías de información y formación (a nivel individual y colectivo) atendidas por un equipo de profesionales de diferentes sectores, para ayudarles a decidir en la elección de las respuestas más saludables de salud de forma eficaz (a raíz de los resultados obtenidos de los indicadores de morbi-mortalidad en dicho colectivo), compatibilizando su proyecto de vida diario con la protección de su salud y de su vida, haciéndoles partícipes de la idea de que no es necesario arriesgar para vivir la vida intensamente" (Junta de Andalucía, 2009, p. 9).

Este programa tiene un carácter intersectorial entre la Consejería de Educación, Ciencia y Deporte y Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales participando además las instituciones en ellas integradas como el Instituto de la Mujer, Instituto de la Juventud, la Dirección General de Drogodependencias, la Consejería de Gobernación, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP) y las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as (AMPAs). Las áreas prioritarias de intervención de Forma Joven son: los estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, hábitos tóxicos…) la sexualidad y relaciones afectivas, la salud mental y el área de convivencia.

Sobre el impacto de este programa en la actitud y conocimientos de los adolescentes en la provincia de Sevilla, podemos destacar el contenido de la tesis doctoral de Marta Lima Serrano (2013). A través de una metodología evaluativa mixta del programa, la autora detecta de forma cualitativa las limitaciones y dificultades en la implantación del programa y las propuestas de mejora desde el punto de vista de los diferentes actores del programa: profesionales sanitarios, profesorado y alumnado. En este sentido, se puso de manifiesto la escasa participación de los/as estudiantes ya que más de un tercio desconocía su existencia y el 50% no conocía al equipo del programa. No se constataron efectos de la intervención sobre la frecuencia de ejercicio físico ni sobre el área de sustancias adictivas y seguridad vial. Sin embargo, sí sobre aspectos de alimentación:

> En el actual estudio, se ha encontrado una disminución significativa, de baja magnitud, en la frecuencia semanal de desayuno en el grupo control, pero no en el experimental, aunque no se encontró efecto interactivo entre el tiempo y la condición. El efecto del tiempo sobre el consumo semanal de refrescos también fue significativo en el grupo experimental, que disminuyó con una baja magnitud, pero no en el grupo control. Además, hay que tener en

> cuenta, que en la evaluación inicial se observó una tendencia a la diferencia que era favorable al grupo control, con un tamaño de efecto casi grande. (Lima Serrano, 2013, p.143)

En general es más negativa la valoración de la implementación del programa entre los/as orientadores/as de los centros que entre los/as sanitarios/as. El número de sesiones programadas fue inferior a las asociadas con el éxito de un programa de Promoción de la Salud que se sitúan entre 20 y 30 intervenciones durante la adolescencia (Vitória & cols., 2011, De Vries & cols., 2003). Otros aspectos negativos en la evaluación del programa es que en ninguno de los centros participantes se habían realizado actividades con adolescentes como mediadores, ni intervenciones con familias. La falta de tiempo, captación, coordinación y preparación para ello fueron los principales argumentos facilitados por los profesionales participantes. La tesis ofrece una buena batería de propuestas de mejora en el desarrollo del programa de interés para la administración y los agentes implicados en la ejecución del mismo (Lima Serrano, 2013, p.152-160).

El Programa de *Apoyo a Padres y Madres de Adolescentes* es una estrategia de formación perfectamente vinculable a la estrategia de *Forma Joven* dirigido a padres y madres de adolescentes de nuestra Comunidad Autónoma, así como a orientadores/as y otros profesionales del ámbito educativo o sanitario que trabajen con adolescentes y sus familias. "El objetivo general del programa es proporcionar a madres y padres de adolescentes una fuente de apoyo que les permita desempeñar más exitosa y eficazmente sus tareas y responsabilidades educativas" (Oliva, Hidalgo, Martín, Parra, Ríos & Vallejo, 2007, p.9)

El denominado A *no Fumar ¡me apunto!* es un programa de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo y familiar.

> Conforma una estrategia esencial dentro del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y es fruto de la estrecha relación entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte con la colaboración de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio (Consejería de Educación, Cultura y Deporte, 2014, p. 2).

El programa pretende conseguir sus objetivos a través de diversas actividades: el compromiso de mantener el centro libre de humo con apoyo sanitario para el abandono del hábito tabáquico, trabajo en el aula con unidades didácticas sobre la prevención del

tabaquismo diseñadas para toda la Educación Secundaria Obligatoria y concursos de prevención de participación voluntaria denominados *Clase sin humo* y *Déjalo y gana*.

De algunos de estos programas en el ámbito educativo, la Consejería de Salud (2012) realizó una evaluación procesual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, de lo acontecido durante el curso académico 2010-2011. Los programas evaluados son: *Aprende a Sonreír, Sonrisitas, Forma Joven y A no Fumar me Apunto*; y las variables estudiadas fueron: inicio de las actividades, horas de dedicación, información y formación previa al inicio del programa, recepción del material, coordinación con el centro de salud y el centro educativo, valoración de los materiales y recursos de apoyo de los programas, valoración de las actividades del programa, grado de utilidad y satisfacción del programa y sugerencias de mejora. Sin embargo, no se hecho evaluación del impacto de dichos programas en la mejora de los estilos de vida de los/as escolares y que las propuestas de mejora sugeridas no se han llevado a cabo. Aunque el nivel de participación de los profesionales de Atención Primaria ha sido bajo (49,87% en Sonrisitas, 57% en Forma Joven y 35% en *A no fumar me apunto*), la valoración del desarrollo del programa y el grado de satisfacción han sido elevados en la mayoría de los indicadores.

Respecto al Programa de *Aprende a Sonreír,* el mayor porcentaje de sugerencias de mejora de los profesionales están relacionadas con los materiales del programa: escasez, necesidad de renovarlos y actualizarlos y poder disponer de ellos lo antes posible. En el programa *Sonrisitas*, el trabajo con las familias está ausente en el 36% de los casos. Lo destacable en *Forma Joven* es la coincidencia en la evaluación realizada por los/as profesionales sanitarios y la realizada por la Consejería de Educación a los/as profesionales docentes.

> Mejorar la coordinación y los canales de comunicación de tal manera que el personal que desarrolla el programa pueda mantenerse informado y actualizado permanentemente y en tiempo real, de manera que pueda sentirse "parte de" y trabajando en un proyecto común (Consejería de Salud, 2012, p. 48)

En relación con el Programa *A no fumar me apunto,* la variabilidad interprovincial y la baja participación son las notas características de la evaluación. Sin embargo, hay un alto nivel de satisfacción, aunque se pide más recursos y tiempo para la dedicación a dicho programa.

El Plan de Atención a las Cuidadoras Familiares en Andalucía plantea las intervenciones a un grupo emergente con necesidades derivadas de la atención domiciliaria prestada a pacientes dependientes con el objetivo general de "mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras familiares" (SAS, 2005, p.14). Este plan y la atención derivada a las personas cuidadas ha sido la función principal de la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) creada en Andalucía a partir del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas.

Dentro del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía surge la estrategia de Los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria, *Grupos Gruse*, para "fomentar los activos en salud mental de la población general, así como de grupos vulnerables" (Mateo, García-Cubillana & Conde, 2011, p.7). Con un perfil inicialmente selectivo hacia las mujeres, se proponen sesiones grupales dirigidas por los/as trabajadores/as sociales de las Unidades de Gestión Clínica.

El proyecto *Al Lado* tiene como objetivo "ofertar un instrumento de ganancia en salud a las personas y familias afectadas por los procesos de demencia basado en la coordinación, articulación y cooperación entre los servicios de salud y las asociaciones
de personas afectadas" (Espinosa & Muriel, 2010, p.42). Comprende todo un esfuerzo por la creación de una red de ayuda en salud para lo que el trabajo intersectorial entre servicios y asociaciones es esencial. Su implantación en las Unidades de Gestión Clínica ha sido reciente y es la Enfermera Gestora de Casos la persona responsable de su desarrollo desde los servicios sanitarios.

En 2008 se inicia el proyecto *Por un Millón de Pasos*, iniciativa de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía dirigida a asociaciones locales para que caminen en grupo y alcancen en total un millón de pasos a lo largo de un mes entre todas las personas participantes. Su objetivo no es sólo promover la práctica de actividad física y/o reforzar el mantenimiento en aquellos/as que ya lo llevan a cabo, sino fundamentalmente, potenciar las relaciones interpersonales entre quienes participan. Se trata nuevamente de un trabajo de cooperación y una tarea compartida entre diferentes grupos de una misma comunidad o poblaciones diferentes.

Finalmente comentar el *Plan de Acción Local*, que se constituye en la estrategia que pretende hacer efectivo el Acuerdo de Roma entre los diferentes Estados europeos, para conseguir la Salud en todas las Políticas (2007). En este caso la Administración Local es la implicada. Los ayuntamientos andaluces se comprometen con la Consejería de Salud a promover hábitos saludables en la población y a favorecer entornos saludables. La Acción Local en Salud pretende hacer converger todos los sectores y actores públicos y privados capaces de reorientar los recursos y organizar acciones de forma compartida que favorezcan políticas territoriales favorables para la salud de los ciudadanos de dichos territorios.

3.3. La Formación de los/as Profesionales Sanitarios/as en Intervención Comunitaria.

Tras la integración de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería por el Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio y la implantación del primer curso universitario de Enfermería en el año académico 1977/1978, el Plan de Estudio de esta disciplina sufrirá los vaivenes de las diferentes reformas universitarias y estará condicionado por la Directiva Comunitaria 77/453/CEE de 27 de junio de 1977, la Orden Ministerial 28232 de 1977 y la Orden de 31 de octubre de 1977 para la elaboración de los Planes de Estudio de Enfermería, hecho que no ocurrió con otras disciplinas, que han mantenido sus mismos planes durante décadas.

La Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria pondría en marcha la primera transformación de las enseñanzas universitarias, iniciado con la publicación del Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecían las Directrices Generales de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, modificado posteriormente por el Real Decreto 1267/1994 de 10 de junio.

Todas las universidades tendrían que publicar los planes de estudio en base a estas nuevas directivas. Así en el caso de Medicina el Real Decreto 1417/1990 de 26 de octubre establecía el Título Universitario Oficial de Licenciado en Medicina en el que se contemplaba lo previsto en la Directiva Comunitaria 75/363/CEE de 15 de junio de 1975. En el currículum de este título aparecían dos asignaturas, una en cada ciclo, relativas a alguna de las dimensiones de la Intervención Comunitaria (BOE nº 278, 1990, p.34344-34345):

- Epidemiología General y Demografía Sanitaria con una carga total de 4 créditos: "Epidemiología y causalidad. Método y estudios epidemiológicos. Diagnóstico de salud de las poblaciones. Indicadores sociales, económicos y sanitarios de la salud. Demografía estática y dinámica.
- Medicina Preventiva y Salud Pública y Comunitaria, ubicada en el segundo ciclo de la titulación con 11 créditos: "Epidemiología y prevención de las enfermedades transmisibles y crónicas. Salud medioambiental y ocupacional. Administración sanitaria: planificación. Programación y evaluación de servicios. Sistema social y sistema sanitario. Atención Primaria de salud. Educación sanitaria."

En el caso de la Titulación de Enfermería, en junio de 1990, el Consejo de Universidades aprobó las Directrices Generales del Plan de Estudios de la Diplomatura de Enfermería, mediante el RD 1466/1990 de 26 de octubre, rectificado posteriormente por el RD 1667/1990 de 20 de diciembre por los que se establecía una titulación de primer ciclo con una duración de tres años. En dicho plan los descriptores que definían la materia de Enfermería Comunitaria incluían contenidos propios de la Intervención Comunitaria:

> Ecología humana. Concepto de salud y factores que la condicionan. Bioestadística y demografía aplicadas. Método epidemiológico y vigilancia epidemiológica. Sistemas de salud. Tendencias. Atención Primaria de salud. Diagnóstico y plan de salud. Programas de salud. Educación para la salud. Morfología y fisiología de los microorganismos. Infección. Inmunidad. Vacunas y sueros (BOE nº278, 1990, p.34411).

La carga lectiva de esta materia era de 26 créditos, lo que suponía aproximadamente el 19% de la carga total.

3.3.1 Las Especialidades de Medicina y Enfermería. Antecedentes y situación actual.

La formación especializada de Medicina fue regulándose progresivamente a través de diversos reales decretos, aunque los requisitos y procedimientos para la obtención del título de médico especialista se definieron por primera vez en España a través de la Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades (Carreras, 2008, p.

115). No obstante, hasta 1978 con el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio no se unifican los dos sistemas de formación especializada en Medicina existentes hasta el momento: el de Médico Interno Residente y una certificación de formación computable como mérito para entrar en el Sistema de Seguridad Social. Otra novedad de esta disposición es la introducción de las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y de Salud Pública, reconociendo el sistema de residencia para adquirir esta formación. Meses más tarde por el Real Decreto 3303/1978 de 29 de diciembre quedarían publicados los principios que regularían la Medicina de Familia y Comunitaria como una especialidad de la profesión médica. En dicha disposición se establece que se exigen unos conocimientos específicos no sólo para el tratamiento de las enfermedades, "…sino a la vez para la promoción y protección de la salud de los individuos en su medio familiar y comunitario" (BOE nº 29, 1979, p.2735). El periodo de formación que duraba tres años incluía conocimientos en:

> medicina interna, pediatría y puericultura, maternología, geriatría, sanidad ambiental, higiene de la alimentación y nutrición aplicada, medicina preventiva, epidemiología, protección de grupos sociales, psiquiatría social y salud mental, y los conocimientos especializados suficientes para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas, cirugía general y traumatología, diagnóstico de riesgo y orientación del enfermo y sus familiares en la utilización del sistema sanitario y social (BOE nº 29, 1979, p.2736)

La formación práctica se realizaba en Atención Especializada**.**

Más tarde, esta legislación sería derogada por el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero que definiría el modelo moderno de Formación Médica Especializada en España (Villalbí & cols., 2011, p.507). En este documento aún se contempla la doble vía de acceso para dos especialidades: Estomatología y Medicina Preventiva y Salud Pública.

El RD 264/1989, de 10 de febrero estableciría un procedimiento excepcional restringido y controlado para la obtención del título de médico/a especialista en Medicina Familiar y Comunitaria mediante un curso de perfeccionamiento de tres meses para aquellos médicos/as que acreditaran cinco años de ejercicio en la Atención Primaria. Dicho curso constaba de una parte teórica y otra práctica. El programa teórico a su vez estaba dividido en dos áreas: el área clínica para adquirir habilidades, conocimientos y actitudes en relación con los programas de Atención Primaria de Salud; y un segundo área de Salud Pública y Medicina Comunitaria con un total de 70 horas lectivas que engloba contenidos sobre (BOE nº 65, 1989, p.7482):

1. Introducción a la Atención Primaria de Salud.
2. Epidemiología.
3. Demografía.
4. Estadística sanitaria.
5. Educación sanitaria.
6. Diagnóstico de la situación de salud de la Comunidad. La programación en Atención Primaria.
7. Investigación, docencia y control de Atención Primaria.

Contenidos muy similares a los de las dos asignaturas que se incluirían en el título de Licenciado en Medicina un año más tarde por el RD 1417/1990, de 26 de octubre.

Las normas de derecho comunitario encaminadas a facilitar la libre circulación y prestación de servicios en la Unión Europea hizo que la formación general y especializada de Medicina estuviera regulada por diferentes directivas: La Directiva 75/362/CEE estableció el reconocimiento de títulos y la Directiva 75/363/CEE determinó las características mínimas que debían reunir la formación médica de pregrado y la formación de los/as médicos/as especialistas.

Dos Directivas Comunitarias más habrían de publicarse antes de que en 1993 se regulase nuevamente el ejercicio de las funciones de médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud (RD 853/1993, de 4 de junio). La Directiva 86/457/CEE por la que se establecía una formación específica en Medicina General para completar la formación básica; y la Directiva 93/16/CEE que estableció el requisito de poseer el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria o la certificación tras el curso de perfeccionamiento regulado en el RD 264/1989 de 10 de febrero. Posteriormente, el RD 853/1993 igualaba el ejercicio de Médico General al de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

El Real Decreto 931/1995, de 9 de junio dictaría algunas normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los/as Licenciados/as en Medicina a partir del 1 de enero de 1995, adoptándose determinadas medidas complementarias relativas al acceso a plazas del Sistema Nacional de Salud, que se vería completada años más tarde con el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio y modificado por el RD 220/2013, de 22 de marzo. La Directiva 2001/19/CEE establecería como duración

mínima tres años para la anterior formación; y la Directiva 2005/36/CEE aglutinaría todas las directivas anteriores para el reconocimiento de las cualificaciones profesionales.

Mediante la Orden SCO/1198/2005 de 3 de marzo, se aprueba y publica el programa formativo aún vigente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. El programa desarrolla cinco áreas competenciales:

> Las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y la bioética), las relacionadas con la atención al individuo, las que tienen relación con la atención a la familia, las relacionadas con la atención a la comunidad y las que se relacionan con la formación continuada y la investigación (BOE nº 105, 2005, p.15185).

En las áreas docentes de competencias relacionadas con la atención a la familia y a la comunidad se describe el perfil profesional del Médico de Familia sobre el que existe un alto consenso en la Unión Europea. Los aspectos más significativos a resaltar en estas dos áreas relacionadas con la Intervención Comunitaria son:

> Es importante que el Médico de Familia adquiera habilidades para el asesoramiento, intervención y mediación familiar, conociendo las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red y el apoyo social que tienen las personas y sus familias…
>
> El Médico de Familia debe obtener información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población…programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios…debe aprender por un lado, a utilizar sistemas de vigilancia epidemiológica que le permita conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud y por otro, a cooperar activamente con las organizaciones comunitarias (ONGs, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y demás instituciones que persiguen mejorar la salud del conjunto de la población (BOE nº 105, 2005, p.15187).

Entre las sugerencias sobre las clases teórico-prácticas que aparecen en el programa dentro de las competencias no clínicas se sitúan: "Educación para la salud, metodología de la atención a la comunidad, sociología de la salud, epidemiología…" (BOE nº 105, p.15190).

Dentro del módulo de la gestión de la atención, hay un apartado dedicado al Trabajo en equipo, herramienta fundamental en la atención comunitaria. Pero sin duda, los contenidos

formativos del área docente de competencias relacionadas con la atención al individuo son los que ocupan mayor espacio en el programa, reduciéndose los concernientes a la atención a la comunidad a los especificados en las Tablas 7 y 8 que reproducen fielmente los objetivos y actividades docentes especificadas en la Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo.

OBJETIVOS.

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, será capaz de:

1. Prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario de los pacientes, tanto en los condicionantes de los problemas como en las posibles intervenciones, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones individuales sobre el nivel de salud de la comunidad.
2. Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta.
3. Identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo.
4. Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad.
5. Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.
6. Conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la Atención Primaria.
7. Realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Implica el conocimiento de las características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales.
8. Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de Servicios Sociales.
9. Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y Promoción de la Salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos.

Tabla 7. Programación docente en Atención Comunitaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Objetivos. Fuente: BOE nº 105, martes 3 de marzo 2005, p.15217-15218

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD Y NIVEL DE RESPONSABILIDAD (NR)

PRIORIDAD I:

- Tener presentes los conocimientos demográficos y epidemiológicos en la atención a los pacientes, especialmente con enfermedades crónicas: prevalencia e incidencia, número de casos esperados en la población que se atiende, coberturas de diagnóstico y tratamiento. NR Primario
- Conocer y tener presente la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria individual sobre el nivel de salud de la comunidad (morbimortalidad evitada, etc.). NR Primario
- Tener presentes el medio social y el contexto comunitario en la atención individual en consulta a cada paciente, identificando los condicionantes sociales y comunitarios de los problemas de salud atendidos. NR Primario
- Saber identificar las limitaciones de la consulta médica en la atención a los diferentes problemas de salud de cada paciente y utilizar los recursos comunitarios disponibles que puedan ser de utilidad en cada caso. NR Primario/Secundario
- Recopilar y presentar datos existentes sobre la comunidad e identificar y priorizar problemas de salud comunitarios, así como conocer y saber utilizar los sistemas de información y los registros para ello. NR Primario
- Estudiar la distribución y determinantes de una necesidad de salud de la comunidad. NR Primario
- Conocer las bases conceptuales y las técnicas de las metodologías e investigación cualitativas, especialmente entrevistas con ciudadanos y técnicas grupales. Diferenciar metodología, método y técnica. NR Primario/Secundario
- Conocer y participar en métodos cualitativos para la identificación y priorización de necesidades y problemas de salud de la comunidad, así como para implementar y evaluar intervenciones comunitarias: entrevistas, grupos focales, etc.NR Primario/Secundario.
- Conocer y utilizar las fuentes de información y los métodos para identificar los recursos comunitarios disponibles para la promoción y cuidado de la salud y recabar la información de utilidad de cada uno de ellos. NR Primario
- Realizar un análisis crítico de un programa de salud existente y la metodología seguida en su elaboración, aportando opiniones sobre sus aspectos positivos y negativos y proponiendo alternativas de mejora
- Participar activamente en actividades de algún programa de salud comunitario existente, realizando un análisis crítico de su desarrollo. NR Primario/Secundario
- Realizar un análisis crítico del método y resultados de la evaluación de un programa de salud comunitario, proponiendo alternativas de mejora. NR Primario/Secundario
- Participar en intervenciones grupales de educación para la salud con metodologías capacitadoras y participativas, en colaboración con otros profesionales no médicos (enfermería, trabajo social u otros). NR Primario/Secundario
- Participar activamente en actividades de coordinación con la TSocial del Centro de Salud y/o Servicios Sociales. NR Primario
- Adquirir una actitud de escucha activa hacia los ciudadanos y organizaciones sociales y ciudadanas de la comunidad, favoreciendo su capacitación, protagonismo y participación activa en el cuidado y mantenimiento de su salud (empowerment)
- Reconocer las diferentes posibilidades de actuación comunitaria según el entorno social. NR Primario y Secundario
- Valorar las diferentes posibilidades de acción comunitaria en el medio urbano y rural. NR Primario

PRIORIDAD II:

- Participar de forma activa en la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de otras instituciones), con un enfoque realista y eficiente (rappid appraisal) y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud. NR Primario/Secundario
- Coordinar grupos focales interprofesionales y con ciudadanos, analizando la información obtenida, llegando a conclusiones fiables. NR Primario/Secundario
- Elaborar un programa de salud comunitario o mejorar uno ya elaborado y evaluado. NR Primario/Secundario
- Realizar la evaluación de un programa de salud o parte del mismo, llegando a conclusiones prácticas y propuestas concretas de mejora. NR Primario/Secundario
- Aplicar en un supuesto práctico o en situación real alguna técnica grupal de investigación cualitativa. NR Primario/Secundario
- Participar activamente en actividades de coordinación intersectorial. NR Primario/Secundario
- Participar activamente en actividades de participación comunitaria en un Centro de Salud con una actitud de escucha activa y de reconocimiento del protagonismo y responsabilidad de los ciudadanos en la promoción y cuidado de su salud (empowerment). NR Primario

PRIORIDAD III: Nivel de responsabilidad Secundario

- Diseñar y coordinar la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de otras instituciones) con un enfoque realista y eficiente (rappid appraisal) y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud.
- Realizar con metodología cualitativa algún trabajo o proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria o con la evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la población.
- Diseñar y coordinar intervenciones grupales de educación para la salud grupal, con metodologías capacitadoras y participativas
- Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de coordinación intersectorial para P. de Salud en una comunidad.
- Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de participación comunitaria en un Centro de Salud.

Tabla 8. Programación docente en Atención Comunitaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Actividades Docentes. Fuente: BOE nº 105, martes 3 de marzo 2005, p. 15217-15218.

Delgado Sánchez (2001) mostraba su desacuerdo con el programa formativo de los Médicos/as Residentes de Familiar y Comunitaria, en relación a la pérdida de la dimensión comunitaria de esta formación, ofreciendo algunas propuestas de mejora:

> La introducción de los contrato-programa y posteriormente de los acuerdos de gestión clínica, impulsado desde niveles superiores a los EAP, plantea objetivos de actividad más que de calidad, y claramente cuantitativos o de coberturas. Las condiciones de este marco, añadidas a la presión asistencial insostenible en muchos CS, ha hecho que los profesionales desvíen su atención hacia estos objetivos, que son los que sustentan los incentivos posteriores. (p. 3).

Romero Sánchez (2008), en una sólida tesis doctoral sobre el análisis pedagógico del plan de formación de los residentes en Medicina Familiar y Comunitaria en la Comunidad de Murcia, pone de manifiesto que, aproximadamente el 92,8% de los tutores y residentes se muestran entre muy satisfechos y satisfechos con los contenidos y metodología de la especialización. No obstante, también señalan como aspectos deficitarios: la primera acogida y orientación del residente en el centro de salud, así como, la explicación sobre las

características de la comunidad y la zona de salud. En consecuencia, proponen estos aspectos como áreas de mejora en el futuro.

Un estudio observacional descriptivo transversal realizado por Aguiló & cols. (2012) sobre 60 de las 91 Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria acreditadas a fecha de junio de 2011 en todo el territorio español, evidencia que "más de un 60% no hace las actividades comunitarias. El resto las hace de una forma esporádica o en varias semanas y excepcionalmente de forma habitual". Los contenidos impartidos en la mayor parte de las comunidades autónomas están relacionados con: el proceso de salud-enfermedad-atención y la dimensión social, biológica y personal de la enfermedad; proceso de enseñanza-aprendizaje para la realización de un proyecto de educación para la salud con un grupo de población. De forma sectorial se desarrollan los contenidos de metodología de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) más en Cataluña e Islas Baleares, la metodología de procesos correctores en Navarra, Madrid y Euskadi, y cómo iniciar actividades comunitarias desde un centro de salud en Andalucía, Cataluña, Extremadura, Navarra y Euskadi.

La especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública contempla en su currículum contenidos sobre Intervención Comunitaria que no aparecen en la formación de Medicina Familiar y Comunitaria hasta la publicación de programa formativo de 2005. En este sentido, desde determinados ámbitos profesionales se exigían en el año 1995, la necesaria reestructuración del programa de formación para la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública ante los avances científicos, los cambios sociales y legales y las nuevas demandas de salud (Gómez y Sangrador, 1995). Por la Resolución del 25 de abril de 1996, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, se elabora el programa de formación de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, siendo el Informe Lalonde (1974), la conferencia de Alma-Ata (1978), el programa de Salud para Todos en el año 2000 de la OMS (1981) y la Conferencia de Ottawa (1986) los referentes para el currículum y el ejercicio de esta especialidad.

La Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública como una especialidad oficial de cuatro años con el requisito previo de ser licenciado/a en medicina. Se definen cinco áreas profesionales específicas (BOE nº 152, 2005, p.22751): "epidemiología, administración sanitaria, medicina preventiva, salud ambiental y laboral, y promoción de la salud". De estos campos de acción se derivan las competencias básicas a adquirir, elaboradas a partir de un

amplio proceso de consenso entre un grupo de profesionales expertos en esta disciplina (Benavides, & cols., 2006, p.240):

> Función 1. Valorar las necesidades de salud de la población para lo que el residente tendrá que:
>
> - Analizar la situación de salud de la comunidad…
> - Describir y analizar la asociación de los factores de riesgo y los problemas de salud e impacto de los servicios….
> - Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia…
>
> Función 2. Desarrollar las políticas de salud, para lo que el residente ha de adquirir las siguientes competencias:
>
> - Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud…
> - Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales…
> - Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias…
> - Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud…
>
> Función 3. Garantizar la prestación de servicios sanitarios sabiendo:
>
> - Gestionar servicios y programas…
> - Evaluar servicios y programas…
> - Realizar inspecciones sanitarias…

A la formación en Salud Pública también se puede acceder a través de los programas de Máster en Salud Pública, a los que pueden aspirar no sólo los/as licenciados/as en medicina, como en el caso de la especialidad médica, sino otros profesionales de las Ciencias de la Salud (enfermeras/os, farmacéuticos/as, sociólogos/as, veterinarios/as…). El Espacio Europeo de Educación Superior ofrecerá una gran oportunidad para ganar "una mayor densidad académica y profesional para la salud pública" (Benavides, Bolúmar & Gómez-López, 2006, p.90).

Años más tarde, Benavides (2010) vuelve a hacer un análisis de la formación de los profesionales en Salud Pública identificando los retos más relevantes:

> …acumular evidencias sobre las necesidades de formación de los profesionales de salud pública…disponer de un plan estratégico para el desarrollo de los profesionales de la salud pública… mantener las competencias profesionales actualizadas durante toda la vida profesional mediante un sistema de acreditación periódica… (p. 94)

Por su parte Villalbí, Pérez & Delgado (2011) realizan una evaluación a los seis años de andadura de la especialidad considerando la estabilización de ofertas de plaza/año, la existencia de pocas vacantes en las convocatorias de Médico Interno Residente, dispersión en la elección en cuanto a nota media de los que eligen la especialidad, prácticamente inexistencia de recirculación de profesionales. Para estos autores quedan dos retos principales en esta especialidad de cara al futuro:

> …consolidar y prestigiar la especialidad entre los licenciados en medicina y el sistema nacional de salud, y elaborar criterios para poder evaluar la formación ofrecida y utilizar posteriormente sus frutos para mejorar la formación (p. 510).

En cuanto a las especialidades de Enfermería, en 1987 se publicó el RD 992/1987 por el que se regulaba la obtención del título de enfermero/a especialista, creándose siete especialidades diferentes, entre las que se encuentra por primera vez la de Enfermería de Salud Comunitaria. Esta disposición derogaba todos los decretos anteriores que desde el año 1957 hasta 1980 habían sido el referente legal de las antiguas especialidades. Lo cierto es que a partir de esta disposición la única especialidad que se desarrolló fue la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y años más tarde la de Enfermería de Salud Mental.

El vacío legislativo en la ordenación de las profesiones sanitarias con anterioridad a la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, genera la necesidad de regular las condiciones de ejercicio, los ámbitos profesionales y las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales sanitarios para adecuarse a la normativa de las comunidades europeas y a los cambios legislativos en materia de sanidad. Este es el objetivo de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en la que se definen como funciones de los/as profesionales sanitarios/as las de asistencia, investigación, docencia, gestión clínica, prevención, información y educación sanitaria. Especialmente se les atribuye actividades dirigidas a la Promoción de la Salud a los/as médicos/as, dentistas y enfermeros/as.

La entrada en vigor de esta Ley propiciaría casi dos años más tarde la publicación del RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería por el que se vuelve a derogar las anteriores especialidades sustituidas por otras siete, cuya denominación se mantiene a excepción de dos de ellas: Enfermería de Salud Comunitaria que pasa a denominarse Enfermería Familiar y Comunitaria; y la de Enfermería de Cuidados Especiales por Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

A partir de esta legislación, diferentes comisiones empezarán a trabajar para la elaboración de los correspondientes programas formativos de las distintas especialidades. El trabajo de la comisión de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria verá su esfuerzo publicado en el año 2010 a través de la Orden SAS/1729/2010. El programa de la especialidad está formado por trece áreas competenciales. Cuatro de ellas referidas a la atención del individuo a través de su ciclo vital, en las que se incorporan competencias relativas a la Promoción de la Salud individual y grupal. Un área sobre salud sexual, reproductiva y de género dirigida al ámbito de la promoción y prevención y un área de competencias específicas en Salud Pública y Comunitaria. En la orden se especifica que:

> La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el <<continuum>> de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de Promoción de Salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural… Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multi-profesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental… La Enfermera Familiar y Comunitaria coopera y participa activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas… reconoce el valor del trabajo en equipo y la participación y corresponsabilización de las personas a las que presta sus cuidados (BOE nº157, 2010, p.57219-57220).

De esta forma, la enfermera especialista en Familiar y Comunitaria debe poseer competencias avanzadas en (p. 57221):

- Provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas.
- Salud Pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, de vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.
- Docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.
- Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitaria…
- Investigación…

Respecto a las competencias específicas en Salud Pública y Comunitaria, los/as especialistas en esta materia tendrán capacidad para (p.57235):

a) Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de Promoción de la Salud comunitaria.
b) Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.
c) Diseñar, ejecutar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica.
d) Fomentar y gestionar la participación comunitaria.
e) Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.
f) Planificar y desarrollar acciones sobre la salud medio ambiental.
g) Colaborar con otros especialistas y profesionales en los programas de salud en los entornos laborales de la comunidad.
h) Conocer el sistema de información, seguimiento y control de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Sin embargo, las actividades mínimas establecidas en la mencionada Orden SAS/1729/2010 para conseguir las competencias antes descritas se limitan a la realización de "2 actividades de vigilancia epidemiológica (establecimientos alimentarios, manipuladores de alimentos, comedor escolar, mercados, toma de muestras, etc.). Actividades de gestión en al menos 3 programas de salud" (p. 57242). No obstante, en el resto de áreas competenciales se incluyen planificación, ejecución y evaluación de intervenciones grupales en adolescentes, adultos, cuidadoras, sobre salud sexual y de género.

Para la obtención del título de especialista de Enfermería Familiar y Comunitaria se plantean dos vías:

- Acceso por la vía de la Enfermera/o Interna/o Residente (EIR) para los Graduados/Diplomados Universitarios en Enfermería.
- Vía excepcional para la obtención del título de enfermera/o especialista para aquellos graduados/as-diplomados/as universitarios/as en Enfermería que cumplan alguna de estas tres opciones: a) haber ejercido en el ámbito de la especialidad durante un período mínimo de cuatro años; b) haber ejercido dos años más 40 horas acreditadas de formación continuada; c) o haber ejercido, durante al menos 3 años, como profesor/a de Escuelas Universitarias de Enfermería, adscritas en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad, siempre que, además, se acredite al menos 1 año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad. En cualquiera de estas vías además se deberá superar la prueba de competencia.

.

Para el acceso por la primera vía, se publican las bases para la prueba objetiva de la especialidad en la que se aprueban los criterios comunes sobre formato, contenido de las pruebas objetivas, garantías, calificación, convocatoria y calendario de las mismas, mediante Resolución del 17 de julio de 2009.

Para la preparación de la prueba de competencia que da acceso a la especialidad por la segunda vía, las sociedades científicas organizan cursos de preparación. En los programas formativos de estos cursos se detecta una infra-dedicación a los temas referidos a la atención comunitaria, al menos en los títulos de los temas con independencia del contenido de los mismos. Así, el curso propuesto por la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP) comprende 57 temas (Anexo 2) de los cuales seis son específicos de Intervención Comunitaria (Temas 42,43,44,45,49 y 55), cinco tratan sobre Promoción de la Salud en las distintas etapas del ciclo vital (Tema 10,14,16,27 y 31) y cuatro son temas genéricos sobre estilos de vida (Temas 4,5,6 y 15).

El programa ofrecido por cuatro sociedades científicas, entre las que se encuentra la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) contiene 53 temas (Anexo 3): cuatro específicos sobre atención a la comunidad (Temas 12, 45, 46 y 47), tres sobre Promoción de la Salud en las distintas etapas del ciclo vital (Temas 17, 21 y 23) y cuatro temas genéricos sobre estilos de vida (Temas 6, 7, 8 y 30). Los contenidos del programa

ponen de manifiesto la escasa dedicación y profundidad con la que son tratados los temas relacionados con la atención comunitaria. Es más, los/as autores/as del capítulo sobre Gestión de Cuidados y Modelos de Organización de los equipos de Atención Primaria afirman que las actividades en la comunidad son "las actividades actualmente menos desarrolladas y de las que disponemos menor experiencias, pero con muchas potencialidades" (Brugués, García, Contel & Cebrián, 2011 p.772).

Sánchez-Gómez & cols. (2012) realizan un análisis cualitativo para la profundización y distribución de las competencias en los cursos del EIR. Junto con Pérez-Vico en el año 2013 publican una revisión sobre las numerosas competencias de las enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria mostrando la desigual información existente y la necesidad de investigar más sobre algunas competencias para poder alcanzar evidencia. El modelo de especialista comunitaria que proyectan, reflejada incluso en el título de uno de los artículos publicados, es el de una enfermera clínica avanzada, tendencia que no parece adecuada con la dimensión familiar y comunitaria. En cambio, la visión de Fernández López (2012) empuja a rescatar para esta especialidad la misión de las enfermeras visitadoras españolas de la II República Española, centradas en la prevención de las enfermedades y el cultivo de la salud (Pascua, 1933). La mirada crítica con la que esta autora describe la realidad actual de la enfermera de Atención Primaria, así como, la capacitación de los/as tutores/as para la especialidad, incluso de los centros, le lleva a plantear una propuesta formativa que contrasta enormemente con lo definido por el Ministerio y las sociedades científicas.

Parece que esta circunstancia contradictoria entre lo esperado de la Enfermera Especializada en Salud Comunitaria y los programas formativos no es privativa de nuestro contexto nacional, encontrando estudios que evidencian la misma situación en otros países europeos (Dahl, Andrews & Clancy, 2014).

En el año 2006 se publicaría el Real Decreto 1146/2006 que regulará la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la salud. En 2008 un nuevo decreto (RD 183/2008) determina y clasifica las especialidades de Ciencias de la Salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, entre los que cabe destacar:

> la aparición de las unidades docentes multi-profesionales, el establecimiento de modelos de autonomía progresiva de los residentes, la revisión del mapa de la formación especializada así como el desarrollo de mecanismos para la mejora continua de la calidad del proceso formativo (Consejería de salud, 2009).

Finalmente, en 2014, el Real Decreto 639/2014 de 25 de julio regulará la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica de la formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud.

Si bien, los/as profesionales especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria ven creadas sus plazas en las diferentes unidades de gestión clínica del ámbito español, para las/os enfermeras/os especializadas/os en familiar y comunitaria aún no se ha definido una relación de puestos de trabajo en Atención Primaria. Por tanto, no se ha convocado plaza alguna con este perfil, a pesar de estar formándose la quinta promoción de EIR en esta especialidad tras la convocatoria de la prueba selectiva de 2015 (Orden SSI/1892/2015).

3.3.2. La formación en Atención Comunitaria de Medicina y Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior

La Declaración de Bolonia (1999) firmada por los ministros de educación de 21 países europeos iniciará el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que introducirá cambios en la estructura y funcionamiento de las titulaciones universitarias. Legislativamente, el EEES da lugar a la nueva y actual Ley Orgánica de 4/2007, de 12 de abril que sienta las bases para la modernización de la universidad española, modificando la Ley Orgánica 6/2001 que hasta este momento la regulaba. La ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales estructura actualmente las enseñanzas en: Grado, Máster y Doctorado.

La Ley 6/2001 y el RD 1125/2003, de 5 de septiembre, provocan la constitución, en el territorio español, de diferentes comisiones para la evaluación del diseño de cada Título de Grado con el cometido de diseñar una propuesta de nuevas Directrices Generales propias de cada titulación adaptadas a la nueva normativa sobre convergencia con el EEES. De este modo como fruto del trabajo de dos comisiones aparece el Libro Blanco Título de Grado de Medicina (2005) y el Libro Blanco Título de Grado de Enfermería (2004).

En el caso del Grado en Medicina, en base a la Directiva Comunitaria 2021 [1]. 12 2004 y a la Ley Orgánica 44/2003 de Profesiones Sanitarias, se establece como objetivos específicos en su libro blanco (p.115):

> La formación de profesionales capaces de indicar y realizar actividades dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, a través de:
>
> * La prevención de las enfermedades, considerando el entorno social en el que se originan.
> * El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
> *El enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Los contenidos globales del título de Grado de Medicina se estructura en siete bloques temáticos, de los cuales uno corresponde al de Medicina Preventiva y Salud Pública (p.130-132), que tiene una carga lectiva de 10 créditos. Este bloque ocupa la 5ª posición, de los siete bloques, en cuanto al porcentaje de carga en la globalidad del título, suponiendo el 2,78% del total. Las competencias definidas dentro de este bloque son (p. 132):

> 1. Conocer los determinantes de la salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.
>
> 2. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y Promoción de la Salud, tanto a nivel individual como comunitario.
>
> 3. Reconocer su papel en equipos multi-profesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la Promoción de la Salud.
>
> 4. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
>
> 5. Conocer las organizaciones internacionales de salud, y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
>
> 6. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

Leyte (2008) es muy crítico con la formación de Grado de Medicina e identifica deficiencias con posibilidades de subsanarse en el nuevo modelo del EEES derivadas del acceso a la titulación, la disparidad de créditos totales de los planes de distintas universidades, el modelo lectivo y de evaluación, los contenidos y la metodología.

El título de Grado de Enfermería le asigna al estudiante que lo obtiene, el perfil de un/a enfermero/a de cuidados generales capacitado/a para, según las orientaciones del Consejo Internacional de Enfermería (2004, p.67):

> **1.** trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería, incluyendo la Promoción de la Salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones, instituciones de salud y socio-sanitarias y otros contextos comunitarios;
>
> **2.** realizar educación sanitaria;
> **3.** participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud;
> **4.** supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario; y
> **5.** iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación.

De esta forma, según los objetivos generales formulados en el Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería se pretende:

> Formar enfermeras generalistas con preparación científica y humana y capacitación suficientes para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad (2004, p.111)

De las competencias específicas cabe mencionar cinco, incluidas en diferentes grupos, y de las cuales tan sólo una, la competencia 3, se debe cubrir fundamentalmente mediante la materia de Enfermería Comunitaria. El resto son de contribución parcial o complementaria con otras materias (2004, p. 84-87):

3. Capacidad para Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.

5. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.

17. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...).

26. Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.

34. Capacidad para darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.

Los contenidos del título están estructurados en ocho bloques, de los que el 13,5% de los mismos corresponde al bloque de Enfermería Comunitaria, que ocupa la segunda posición en cuanto a mayor carga lectiva dentro de la titulación, después del bloque de Enfermería Clínica.

Pese a que estas son las directrices para cada titulación, los planes de estudio aprobados en cada Universidad tendrán sus peculiares matizaciones y las guías docentes de cada asignatura le infundirán la orientación específica a los contenidos que versen sobre la atención comunitaria.

Inicialmente los estudios universitarios oficiales de Grado son regulados por el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, que serán modificados por el RD 1509/2005, de 16 de diciembre. Pero tras la aprobación de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril y el RD 1393/2007, de 29 de octubre, se dispondrá una nueva ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales que volverá a ser modificada por el RD 861/2010, de 2 de julio y el RD 534/2013, de 12 de julio.

Los estudios de posgrado serán igualmente regulados en el EEES, por el RD 56/2005, de 21 de enero modificado en dos ocasiones por el RD 1509/2005, de 16 de diciembre y el RD 189/2007, de 9 de febrero. Pero será el RD 1393/2007, de 29 de octubre y sus dos modificaciones posteriores (RD 861/2010, de 2 de julio & RD 534/2013, de 12 de julio) las que den fundamento legislativo a los estudios oficiales de Máster en la actualidad.

Los estudios de Doctorado tendrán una regulación específica a través del RD 99/2011, de 28 de enero, que también se verá modificada por el RD 534/2013, de 12 de julio.
Mediante el Decreto 83/2013 de 16 de julio por el que se autoriza la implantación de enseñanzas universitarias de Grado, Máster y Doctorado, actualizándose la relación de titulaciones universitarias de carácter oficial y con validez en todo el territorio nacional, de las Universidades Públicas de Andalucía. En todas las universidades andaluzas se oferta la titulación de Grado en Enfermería a excepción de la Universidad Pablo Olavide, y la de Grado en Medicina a excepción de la Universidad Pablo Olavide, Universidad de Almería, Universidad de Huelva y Universidad de Jaén.

En cuanto a la formación posgrado relacionada con la Intervención Comunitaria en Salud, tan sólo la Universidad de Sevilla ofrece el Máster Universitario en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria desde el año académico 2013/2014. Dicho máster con una carga lectiva de 60 créditos se estructura en siete materias obligatorias (28 créditos), once materias optativas de las que tienen que completar 22 créditos y de las que 10 créditos corresponden a prácticas, y el trabajo fin de máster con una asignación de 10 créditos. La estructura modular del máster aparece en el siguiente enlace: http://www.us.es/estudios/master/master_M105. En él observamos que cinco de las siete materias obligatorias están centradas en los fundamentos teóricos y metodológicos de la Intervención Comunitaria y las optativas profundizan en la intervención sobre varios problemas socio-sanitarios (violencia de género, drogadicción, inmigración…).

La última normativa aprobada que puede hacer cambiar en los próximos años el panorama universitario anteriormente descrito, es el RD 43/2015 de 2 de febrero por el que se establece una nueva Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales, variando la duración de los Grados a tres años y la formación de Máster a dos. De momento la prórroga solicitada y la recomendación de no implantación hasta dentro de dos años en el contexto universitario andaluz pueden hacer que la solicitada derogación de esta legislación por diferentes colectivos, no obligue a su implantación.

3.4. El nivel de Atención Primaria como contexto sanitario preferente para la Intervención Comunitaria en Salud.

El informe de valoración de los veinte años de reforma de Atención Primaria realizado por encargo de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) identificó la ausencia total del componente comunitario de la Atención Primaria y de la coordinación con los servicios socio-sanitarios en estos años de valoración. Incluso explicitó que podría ser innecesaria esta dimensión y por consiguiente, abogaría por considerar que la Atención Primaria no es el contexto más propicio para la Intervención Comunitaria en Salud. Resulta llamativo y lamentable que se obvie la importante función de Promoción de Salud de los equipos de Atención Primaria y se le asigne al médico/a de primaria únicamente funciones de curación y prevención, mientras que los de Intervención Comunitaria les sean asignadas a la enfermera: "… Se trata de lograr que el médico se dedique a su trabajo, a la actividad clínica curativa y preventiva, y que tenga tiempo para formación e investigación". (Gervás & cols., 2005, p. 11).

Las dudas se despejan con el análisis de los sucesivos documentos, en los que la relación con la comunidad se contempla como función básica de la Atención Primaria, aunque se tenga conciencia de que las actividades de prevención y promoción sigan siendo accesorias a la atención curativa.

En el proyecto AP- 21, que define el marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en el quinquenio 2007-2012, se detallan cuáles son las funciones de la Atención Primaria con la comunidad (Melguizo & cols., 2007, p 24-25)

- Realizar intervenciones de educación para la salud en: Centros educativos, centros de mayores, universidades, asociaciones, centros sanitarios, etc.
- Colaborar con las organizaciones comunitarias: Consejos de zona, ONG, asociaciones de ayuda mutua, etc.
- Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta.
- Identificar los recursos comunitarios disponibles.

- Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad. Desarrollar e implementar programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.
- Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con los servicios sociales.
- Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y Promoción de la Salud.

En el proyecto de investigación coordinado por los profesores Navarro y Martín-Zurro (2009), la coordinación socio-sanitaria y la dimensión comunitaria ocupan uno de los diez capítulos del documento. En él se insiste en la función tan importante de la Atención Primaria en la dimensión comunitaria de la salud y la necesidad de impulsarla. Se recomienda la adecuada formación de los profesionales para la Promoción de la Salud, la acción social y el desarrollo comunitario, y la necesidad de potenciar el área más débil de este nivel de atención: la participación comunitaria.

El Informe sobre la Salud en el Mundo, publicado por la OMS en 2008, bajo el título de "la Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca", evidencia los fracasos y daños ocasionados por la desigualdad de la atención sanitaria entre diferentes poblaciones, regiones y países. El documento resalta cinco fallos comunes en la prestación de atención a la salud: "atención inversa, atención empobrecedora, atención fragmentada y en proceso de fragmentación, atención peligrosa y una orientación inadecuada de la atención" (OMS, 2008, p.1). La orientación inadecuada de la atención que ya fue puesta de manifiesto por Dever (1976) en el clásico gráfico que se muestra en la Figura 12, vuelve a ser denunciada por la OMS, insistiendo en que la asignación de recursos sigue concentrándose en los servicios curativos, que son muy costosos, obviando las posibilidades de las actividades de Prevención y Promoción de la Salud que pueden evitar el 70% de la carga de enfermedad de la población.

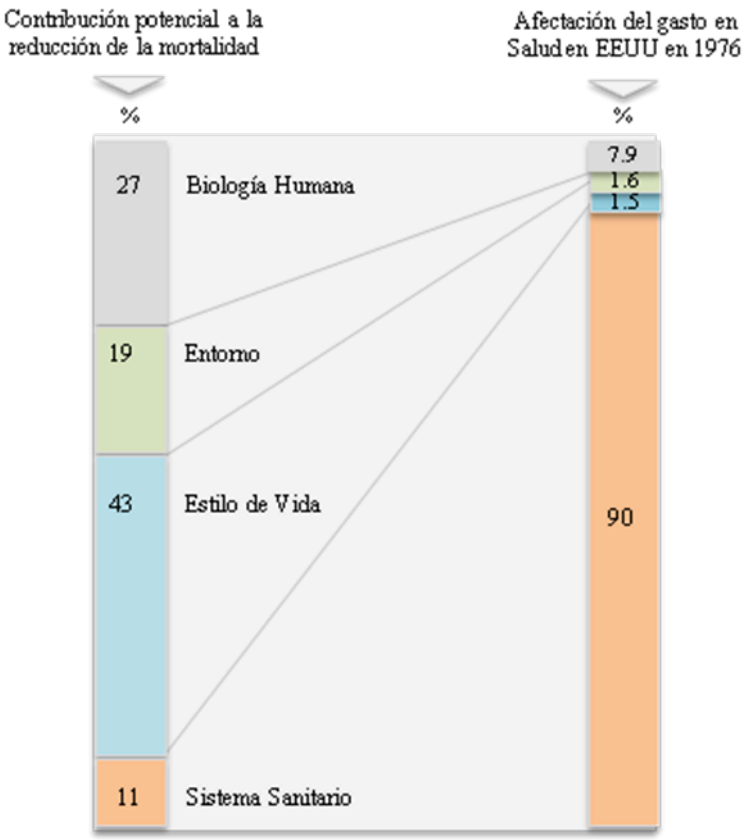


Figura 12: Fuente: Pineault, R. & Daveluy, C. (1989). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y Estrategias. (2ª edición). Barcelona. Masson SG.

Para la OMS, la cobertura universal, los servicios centrados en las personas, la reforma del liderazgo y las políticas públicas saludables son las necesarias orientaciones que pueden mantener los principios básicos de la atención de salud. Esta organización manifiesta el desconocimiento del sector de salud para aprovechar las aportaciones que otros sectores pueden hacer en la lucha contra los factores negativos en la salud. La insistencia de las distintas conferencias de Promoción de Salud (Otawa, 1986; Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Yakarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsinki, 2013) en la acción coordinada de los diversos actores en salud: gobiernos, autoridades locales, sector salud, sectores sociales y económicos, organizaciones no gubernamentales, las asociaciones cívicas, la industria, los medios de comunicación, siguen sin ser aplicadas en la realidad socio-sanitaria.

Sin duda, la proximidad de los servicios de Atención Primaria a la población, la pone en una posición privilegiada para hacer efectiva estas orientaciones y para trabajar conjuntamente con todos los servicios existentes en la comunidad, tanto los de carácter sanitario como los

sociales y educativos, así como en la modificación y/o control de los determinantes de salud de la población y en la mejora de la salud comunitaria (Pasarín, Miller & Segura, 2008).

Para diversos/as autores/as, la atención comunitaria es una oportunidad de mejorar la calidad de la Atención Primaria. Abandonan el derrotismo al que han podido llegar por los obstáculos y dificultades con los que ha tropezado a lo largo de su joven historia en nuestro país, y reclaman un firme compromiso de la Administración Sanitaria y las sociedades científicas en el cambio al modelo holístico de salud, en la formación, motivación y apoyo a los profesionales, en la implicación de la comunidad, en la construcción de alianzas con otros agentes comunitarios, en aumentar la difusión de la acción comunitaria en Atención Primaria en los medios de comunicación y en evitar la discontinuidad de las actividades aumentando el presupuesto asignado a este nivel de atención (Astray, 2003; López Santiago, 2004; Soler, 2005; Turabian & Pérez, 2007; Salas & Cuevas, 2010).

En el ámbito internacional la orientación comunitaria en el primer nivel de atención se ha hecho evidente. En el Reino Unido a través del estudio de la efectividad de intervenciones para fortalecer la participación (Weightman & cols., 2005) y la puesta en marcha de estrategias basadas en la evidencia (NICE, 2008; Wallerstein, 2006). En Estados Unidos han apostado por el refuerzo de la Intervención Comunitaria en salud realizando un análisis de la salud global de toda la nación centrado en el estudio de los resultados en salud y de los factores determinantes (Taylor & cols., 2008). Así mismo, diversas experiencias de implantación del modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) evidencian los resultados positivos sobre la salud de la comunidad, siempre que se haga efectiva la participación de la misma en el desarrollo de las intervenciones (Geiger, 2002; Epstein & cols., 2002; Guillam & cols., 2002). En el caso español, la experiencia más reciente es la del Centro de Salud de El Progreso en Badajoz capital, en el que partiendo de un diagnóstico de salud participativo de la zona (Nieto & cols., 2006, Diniz & cols, 2008, Maynar & cols. 2010), se han puesto en marcha intervenciones comunitarias (Miranda, 2011) que están reduciendo, entre otros efectos, las tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas o la creación de un sustancial tejido asociativo (Maynar & González, 2012). A este ejemplo se une el del centro de salud de Molina de Segura, en Murcia (Soler, 2011), el del centro de Salud de Las Remudas y La Pardilla, en Gran Canaria (Martínez & Santana, 2005), el del barrio de El Carmel, en Barcelona (Montaner & Roig, 2006), y el de tantos centros de la red AUPA en Cataluña.

Así mismo, se podrían señalar los buenos resultados en salud de proyectos, que sin partir de los servicios sanitarios, han desarrollado estrategias comunitarias globales y muy participativas en diferentes barrios de nuestra geografía: *Abriendo Puertas* (Martínez & Santana, 2005), *A pie de barrio* (Quiroga, 2008), *el Punto E* (De Miguel & Miguel, 2010), *Proyecto Riu* (Paredes & cols., 2011), *Abierto hasta el amanecer* (Arena, Legaza & Muñoz, 2008) y muchas otras que podemos encontrar en las diferentes redes de actividades comunitarias.

3.4.1. Líneas de acción e investigación sobre Intervención Comunitaria en salud en los centros de Atención Primaria españoles.

Pese a las recomendaciones internacionales, la regulación legislativa española de la atención comunitaria en salud en los servicios sanitarios y las reformas en los programas de formación de las diferentes profesiones y especialidades sanitarias, la realidad del contexto español es que el desarrollo de las actividades comunitarias en Atención Primaria ha sido exiguo, heterogéneo, escasamente incorporado en el ejercicio profesional cotidiano, poco conocido y difundido en las reuniones científicas periódicas. A dedicación a las prácticas comunitarias de los inicios de la reforma de Atención Primaria ha ido sufriendo un descenso progresivo que en la actualidad podríamos decir que roza los mínimos históricos o incluso en algunos centros de salud la ausencia total (Vegas, 2015). Son muchos los esfuerzos en los últimos treinta años de diferentes grupos científicos como "The Candian Task Force on Periodic Health Examination" o "The US Preventive Services Task Forces" o de organizaciones internacionales como la OMS o el "Royal College of General Practitioners" por orientar y facilitar la integración de las actividades preventivas y de Promoción de la Salud en la práctica clínica. En España, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), puso en marcha en 1986 el PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud. A pesar de que la incorporación de los contenidos de prevención y promoción en consulta y de forma individual en el quehacer de los profesionales de las unidades de gestión clínica ha evolucionado positivamente (Moreno, 1997, Subías & cols., 2000; Subías & cols., 2001; Pérula & cols., 2001; Antón & cols, 2001; Pérula & cols., 2005; Melguizo & cols. 2006, Brotons & cols., 2012) aunque de forma desigual (Paniagua & cols., 2010); y que las actitudes de médicos y enfermeras de Atención

Primaria en Andalucía hacia las actividades preventivas y de promoción son aceptables (Ramos Morcillo & cols, 2014), las intervenciones consideradas como comunitarias no se han consolidado con la fuerza necesaria, siendo éste un motivo por el que la SemFYC promoviera desde el año 1995 la creación de un grupo que impulsara esta dimensión de la atención sanitaria. La idea fue fraguándose consistentemente hasta que en julio de 1996 se creó el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) que aún hoy sigue con su pretensión de estimular, apoyar y promover las actividades comunitarias en este nivel de atención (Soler, 1997, 2004, 2012). El proyecto ofrece una amplia gama de actividades, recursos, encuentros e incluso una base de datos de actividades comunitarias de ámbito nacional principalmente, denominada RAC (Red de Actividades Comunitarias). Esta red recoge las actividades que los profesionales, voluntariamente, solicitan inscribir mediante un cuestionario online y que los encargados de la red evalúan para contestar a los solicitantes sobre su decisión de incorporación.

Desde el PACAP y desde la Red AUPA se han impulsado diversas investigaciones que han profundizado en el conocimiento de la realidad y en la explicación de la misma. Indudablemente no han sido los únicos organismos sensibilizados por esta temática. También podríamos mencionar el esfuerzo del Ministerio de Sanidad con la creación y mantenimiento del Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES), importante base de datos de actividades y documentos relacionados con la Promoción y Educación para la Salud. El gobierno de Aragón y Asturias también ofrecen instrumentos muy valiosos como la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) y el Observatorio de Salud de Asturias.

La primera referencia científica, a raíz de la creación del PACAP, la encontramos en el trabajo presentado por Aguiló & López (1999) en el primer encuentro celebrado de este programa y posteriormente publicado en la revista de Atención Primaria (2002). El trabajo describía las 124 actividades comunitarias adscritas a la RAC durante los primeros años de vigencia. El primer perfil que se ofrece es el de actividades con carácter puntual centradas en las enfermedades crónicas predominantemente, seguidas de temas relativos al ciclo vital: menopausia, embarazo, puerperio… Por lo que la población a la que se dirige mayoritariamente es la de personas adultas en general y, de forma específica a mujeres. El porcentaje más elevado de actividades se llevaron a cabo en las Comunidades Autónomas de Madrid y Andalucía (35% y 24% respectivamente). Son actividades de promoción y

prevención con el objetivo de favorecer los auto-cuidados, la autonomía y la autoestima y se presentan como programas cerrados, diseñados por los profesionales sin responder a las necesidades manifestadas por parte de la población o de los grupos a los que van dirigidas. Sin embargo, las acciones destinadas al conjunto de toda la población, han tenido como objetivo la creación de consejos de salud o la organización de fiestas y jornadas de salud. Hay una escasa definición de la metodología utilizada, aunque la mayoría de estas actividades están basadas en charlas y conferencias dirigidas a facilitar conocimientos y desarrollar habilidades, por lo que la evaluación se limitó a cuestionarios pre y post intervención o a encuestas de satisfacción. Los profesionales de Enfermería y del Trabajo Social son los que ejecutan la mayor parte de las actividades analizadas. Esta descripción ha constituido el referente fundamental para el análisis y la reflexión de estas autoras en la discusión sobre el protagonismo de la comunidad en estas actividades, sobre la necesidad y demanda como eje para el inicio de estos programas comunitarios, así como sobre el escenario de ejecución de estas actividades ¿dentro o fuera del centro de salud?.

Otra de las investigaciones que amplía la descripción de las actividades comunitarias en Atención Primaria en nuestro país es la liderada por March & cols. (2006, 2011). A través de una revisión documental de artículos en revistas científicas, actividades registradas en redes y comunicaciones presentadas y proyectos premiados en el PACAP seleccionan 472 actividades que se ajustan a la definición consensuada y a los criterios de inclusión para la consideración de una actividad comunitaria. Este estudio tiene el valor de incorporar como marco teórico referente, el trabajo previo realizado por un grupo de expertos para llegar a una definición aceptada de Actividades Comunitarias y a unos criterios para la evaluación de las experiencias localizadas (PACAP, 2011). Los resultados más relevantes vuelven a situar a la Comunidad Autónoma de Andalucía entre las tres primeras con más actividades aportadas, junto a Madrid nuevamente y Cataluña. Las poblaciones diana fueron la población general (22,2%), jóvenes (18,2%) y madres y padres (10,2%). Los objetivos de la mayoría de las acciones coinciden con los expuestos en la investigación de Aguiló & López (2002). La participación de otros sectores, junto al sanitario se dió en el 34,3% de las actividades, siendo los más frecuentes, el sector educativo (29,2%), los servicios sociales (21%), las asociaciones de padres y madres, y de vecinos (16,6%) u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) (6,6%). La Administración Local estuvo presente en el 17,8% de los eventos, siendo la entidad pública más participativa. Aunque en el 80,7% de las actividades se menciona la participación activa de la comunidad, tan sólo en un 29% se

explicita su colaboración en el diseño de las actividades o un 4,2% en la evaluación. Los/as autores/as señalan la escasa participación de otros sectores e instituciones no sanitarias e incluso de la propia comunidad, a pesar de haber abogado por el trabajo intersectorial y la participación comunitaria como herramientas imprescindibles para la salud de la comunidad (OMS, 1998). Otro dato destacado, que se repite también en este estudio es la escasa mención de la perspectiva teórica o metodológica que sustenta la actividad, tan sólo en el 41,1%, siendo la más frecuente la de Educación para la Salud (29,7%), seguida en orden decreciente por APOC, Investigación-Acción-Participativa, Desarrollo Comunitario y Procesos Correctores Comunitarios. Y por último, otro aspecto destacable es la exigua explicitación de los sistemas de evaluación de las actividades, a lo que los/as investigadores/as proponen su realización en todas las intervenciones, del proceso y de los resultados y la incorporación de la evaluación participativa como mecanismo de empoderar a la comunidad. Pese a las limitaciones metodológicas del estudio, sus resultados nos aproximan a la descripción de una realidad por la coincidencia de resultados con investigaciones anteriores.

En esta misma línea de estudios documentales, diversas investigaciones sobre la producción científica de la Enfermería Comunitaria coinciden respecto a sus resultados en la orientación metodológica de las actividades comunitarias hasta el momento. La educación para la salud orientada al fomento de los auto-cuidados y al seguimiento y atención a procesos crónicos emerge como la principal temática en los estudios de González, Risco & Freixas (1997), Gálvez (2001), Germán (2007) y Hueso (2014). Ésta última autora, en su tesis doctoral cuyo período de estudio abarcó desde el año 2005 hasta 2011, puso de manifiesto la escasez de publicaciones y actividades en el ámbito de la salud comunitaria.

En 2004 Gutiérrez, Azpeitia & Vergara publican un estudio basado en una encuesta a los profesionales de Atención Primaria con el triple objetivo de conocer las intervenciones comunitarias que se realizaban en Euskadi, las dificultades para su implantación y las necesidades para la mejora de la atención comunitaria en esta zona. Aunque con una escasa participación (41%), el 51% de los respondientes manifiestan realizar este tipo de acciones dirigidas en un 71% a la Promoción de la Salud, siendo un 68% de educación para la salud. Mayoritariamente son actividades puntuales y tan sólo en dos de ellas se observa un trabajo intersectorial y participativo de otros ámbitos de la comunidad. La temática de la mayoría de las actividades gira en torno a la preparación del parto y la educación maternal, aunque los autores se sorprenden de que esas actividades no sean declaradas por la totalidad de los

equipos, siendo las acciones más extendidas en todos los centros. En orden decreciente, sobresalen las actividades de prevención dirigidas al ámbito educativo: vacunación, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual; actividades de prevención de drogas: tabaco y alcohol; y actividades dirigidas a la prevención y mejora de la calidad de vida en la población anciana. Los profesionales más implicados en estas actividades vuelven a ser los enfermeros/as. La dificultad principal apuntada por el 94% de los profesionales es la falta de tiempo seguida de la falta de personal, de formación y la escasa motivación de los profesionales del equipo. La necesidad de tener que utilizar tiempo fuera del horario laboral para la realización de las actividades comunitarias es otro de los resultados relevantes de este estudio.

En el análisis de los factores que influyen en el desarrollo de las actividades comunitarias, Ruíz-Giménez & Domínguez (2006) realizan un análisis DAFO muy esclarecedor sobre las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades de lo comunitario en nuestro Sistema Sanitario (Tablas 9 y 10).

Entorno: amenazas y oportunidades	
Amenazas	**Oportunidades**
Ámbito político - Neoliberalismo - Hegemonía del mercado - Consumismo como valor - Democracia delegada - Distribución del poder en los agentes intervinientes - Poco compromiso con con la Estrategia de Promoción de la Salud - Escasa asignación presupuestaria al sector y su distribución **Ámbito institucional** - Multiplicidad de administraciones y servicios - Prepotencia y protagonismo hegemónico de las instituciones - Jerarquización excesiva - Modelo gerencialista de gestión de servicios - Información limitada y falta de transparencia - Escasa cultura y metodología de coordinación intersectorial **Ámbito Social** - Fragmentación social - Desmovilización social - Limitada capacitación en habilidades comunitarias - Diversidad y complejidad de la comunidad	**Marco legal vigente** - Constitución Española de 1978 - Ley General de Sanidad de 1986 - Leyes de los Servicios Regionales de las comunidades autónomas - Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 2003 - Ley 41/2001 reguladora de la autonomía del paciente **Estrategia de PS de la OMS para el siglo XXI** - La reorientación de los servicios sanitarios hacia modelos más integrados y, en especial, la reforma de atención primaria y el modelo de equipo de atención primaria **Actualización en la formación** en los profesionales de Ciencias de la Salud. Nuevos curriculos de medicina y enfermería. Especialidades vía MIR. Planes de formación continuada **Conciencia política y social** sobre participación y el apoyo a los sistemas sanitarios públicos **Necesidad de reformas democráticas** hacia modelos más participativos **Las transiciones sanitarias** que obligan a cambios en el modelo de atención Demográfica Epidemiológica Educativa Tecnológica Económica Política y de derechos

Tabla 9. Amenazas y oportunidades de lo comunitario en el Sistema Sanitario Español. Fuente: Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. & Domínguez Bidagor, J. (2006) Reflexiones sobre <<lo comunitario>> en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria,* 38(8), 423.

Fortalezas y debilidades internas a la organización

Fortalezas	Debilidades
En el ámbito profesional - Mayor competencia profesional - Satisfacción y enriquecimiento - Integralidad - Redes de actividad comunitaria - Programas sociedades científicas **En el ámbito organizativo** - Estructura de los centros - Equipos de atención primaria multidisciplinarios - Incorporación al PAS del centro - Autoformación continuada - Capacidad de autogestión - Proceso interno **Apoyo institucional** - Incentivación - Cartera de servicios - Formación con recursos - Asesoramiento metodológico - Inserción en la comunidad - Accesibilidad - Conocimiento - Fichero recursos - Sistema de relaciones - Acciones conjuntas	**Hegemonía del modelo biomédico** **Deficiente formación** y escaso desarrollo de investigaciones y publicaciones **Desmotivación** **Miedos y resistencias** - Revisión rol profesional - Pérdida de poder - Cuestionamiento capacidad - Inseguridad - Invasión de la comunidad **Organización del centro de salud** - Rigideces en la gestión y distribución de tareas - Limitaciones al trabajo multidisciplinario - Masificación de los servicios - Prioridades - Excesiva mirada interna - Deficiencia en el sistema de registro - Ausencia de espacios de reflexión y encuentro **Lejanía respecto a la comunidad** - Ausencia de diagnóstico - Falta de instrumentos de encuentro y escucha - Falta de fichero y de relaciones externas - Deficiencias metodológicas

Tabla 10. Fortalezas y debilidades de lo comunitario en el Sistema Sanitario Español. Fuente: Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. & Domínguez Bidagor, J. (2006) Reflexiones sobre <<lo comunitario>> en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria,* 38(8), 423.

En la misma línea pero sobre la observación de la puesta en marcha de proyectos comunitarios dentro de la red AUPA de centros de Atención Primaria de Cataluña, López Torrent & cols. (2010) analizan los factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los mismos. Esta red agrupaba a quince centros que trabajaban con la metodología comunitaria de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC); tienen constituidos Equipos Comunitarios (EC) dentro del equipo de salud, y por tanto, muy motivados por esta orientación de la atención sanitaria, elemento clave para el desarrollo y mantenimiento de las actividades de este tipo. Los facilitadores y obstáculos están reflejados en las tablas extraídas textualmente del artículo (Figura 15):

Facilitadores y dificultades para el desarrollo de los proyectos comunitarios

Facilitadores

Equipo Comunitario (EC)

- Motivación <<La idea y la creencia de que el trabajo comunitario es una línea para intervenir más allá de la atención individual>>.
- Buen trabajo en equipo <<Hemos trabajado como un equipo, distribuimos las funciones en relación cono lo que cada uno era capaz y sin expectativas muy altas>>.
- Formación previa en Atención Comunitaria (AC) <<la formación previa en AC fue un elemento motivador y que da más seguridad>>.
- Participación de profesionales clave del Equipo de Atención Primaria (EAP) <<La adjunta de enfermería fue clave a la hora de montar las cosas, en el inicio >>.

Equipo de Atención Primaria (EAP)

- Apoyo a la dirección del EAP y de la empresa <<El coordinador y la adjunta de enfermería siempre están a favor, facilitan el tratabjo. Si las reuniones interfieren, si cierra agenda y se incluye dentro del horario laboral, se considera actividad de su trabajo>>.
- Predisposición de otros miembros del equipo <<La gente no pone barreras y si pides colaboración también colaboran >>. <<Hacer sesiones clínicas facilita su participación >>.

Factores externos

- Participación en redes de trabajo comunitario <<Compartir nuestras experiencias en las jornadas de la red AUPA* y en los encuentros del PACAP*, ver otras experiencias fue un gran impulso>>.
- Colaboración con personas clave de la comunidad <<Lo que nos ha provvocado fijarnos en la AC fue la demanda de la comunidad, del ayuntamiento, de las ecuelas >>.
- Existencia de asociaciones del barrio <<A través del consejo de salud puedes encontrar mucha colaboración del ayuntamiento y otros profesionales >>. << Nosotos hemos apostado por la Plataforma de Entidades y vecinos. El tejido del barrio es muy antiguo, mucha solera y tienen conocimiento de las familias, los que trabajan con niños, drogas, y actúan como verdaderas redes, lideradas por personas muy conocidas>>.

Obstáculos

Equipo Comunitario

- Voluntariedad. <<Solo somos unos cuantos que modifican agendas y amplían el horario de trabajo para hacer caber estas cosas y esto fatiga bastante>>.
- Falta de experiencia. <<Si tuviéramos una buena formación, aprovecharíamos mejor los recursos disponibles>>.
- Falta de apoyo metodológico. <<No tenemos demasiado apoyo metodológico, tenemos que buscarnos la vida, tienes que ir a buscar la solución tú>>.
- Percepción de trabajo ineficiente. <<Los resultados los ves a largo plazo y eso agota>>.

Equipo de Atención Primaria

- Falta de apoyo y de reconocimiento. <<Hay desconfianza en lo que estamos haciendo, sobre todo por los médicos del equipo, que no es efectivo. Debemos luchar contra esta perspectiva>>.
- Insuficiencia de recursos económicos y dificultades logísticas de la empresa. <<Falta de recursos profesionales y de recursos humanos. Somos un equipo grande que atiende a una población grande y nos falta tiempo para sacarlo de la consulta y utilizarlo con la AC>>.
- Poca comunicación con el resto de los EAP. <<Si tuviéramos más comunicación con el resto del equipo nos apoyarían más>>

Factores externos

- No hay prioridad en la empresa, faltan incentivos. <<El equipo falla porque no hay encargo desde la empresa. La empresa no lo pide, ni te lo exige, no reconoce, no da apoyo>>.
- Falta colaboración con la comunidad. <<La sensación de que la comunidad no lo percibe como una necesidad vital, lo viven como una cosa nuestra. Hay que buscar estrategias para acercarnos>>.
- Falta colaboración y administración local <<Al principio el apoyo de la administración local fue difícil, nos cerraban muchas puertas. Últimamente hubo más apertura, pero tampoco mucho más abierta >>.
- Falta apoyo metodológico externo <<El epidemiólogo de la administración pública aún no ha tenido contacto con nosotros, no es importante para él y aún no sabe de qué hablamos>>

*AUPA: *Actuant Units per a la Salut "Actuando unidos para la salud"*
*PACAP: Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.

Tabla 11. Facilitadores y dificultades para el desarrollo de proyectos comunitarios. Fuente: López Torrent, E., Forcada Vega, C., Miller, F., Pasarín Rua, M.I., Foz Gil, G., & o. (2010). Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de Atención Primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 42(4), 218-225.

Entre los factores más favorecedores se encuentran: la integración de la atención comunitaria en la actividad diaria, la formación y experiencia previa en este tipo de atención, el apoyo de la dirección de los equipos de Atención Primaria y de las organizaciones implicadas, la participación de la comunidad y el trabajo intersectorial. Sin embargo, resaltan como dos grandes dificultades, la necesidad de dedicación extra-laboral que las convierten en actividades voluntaristas, coincidiendo con el análisis anterior, y no ser considerada prioritaria por parte de la Administración Sanitaria.

Gómez Duarte (2013) identifica a través de una investigación cualitativa en el Área 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, factores relacionados con la reducida eficacia y sostenibilidad de las intervenciones de Promoción de Salud: la escasa integración real del enfoque biopsicosocial en la práctica; la representación social de las intervenciones en Promoción de la Salud centrada en el enfoque biomédico tradicional; el reducido impulso del empoderamiento de la comunidad; la necesidad de crear alianzas con otros sectores sociales; la planificación de las actividades; la mejora de la formación sobre Promoción de la Salud; el fomento de las relaciones horizontales entre los distintos agentes sociales; el impulso del trabajo intersectorial; la ampliación del conocimiento de la estructura organizacional y el empleo de otros métodos de evaluación de la eficacia de las intervenciones

La investigación más reciente es el proyecto centrado en la identificación de los Factores Relacionados con la realización de Actividades Comunitaria, proyecto frAC (March & cols., 2012). En este trabajo, los autores se basan en la definición considerada en estudios anteriores (March & cols. 2011) pero añaden dos criterios más: participación consultiva o activa de la comunidad, siguiendo el modelo clásico de Arnstein (1971) e implicación de otros sectores no sanitarios. Una primera producción (March & cols., 2014) caracteriza las actividades comunitarias que se realizan en cinco comunidades autónomas: Islas Baleares, Cataluña, Aragón, Madrid y Navarra. Se basa en la administración de dos cuestionarios telefónicos para confirmar la realización de actividades comunitarias y para recoger información descriptiva de cada una de ellas. De los 194 equipos consultados, el 53,60% realizaba actividades comunitarias, aunque el 74% también afirmaban hacerlo. Las temáticas abordadas en las 183 actividades confirmadas son: la salud en general, la alimentación, la dimensión afectivo-sexual, la actividad física, drogas, las cuidadoras/es, el tabaco. La población diana sigue siendo en primer lugar, la población en general, pero en

esta ocasión seguida de la infancia, madres-padres, jóvenes, mujeres, mayores… Aunque en el 75% de las actividades se realizaba evaluación, la comunidad sólo intervino en el 23,5% de las ocasiones. Ésta tenía una participación activa en el 49,5%, pero principalmente en el diseño y en el proceso. Aunque en el 85% de las actividades participaban más de un miembro del equipo, el/la enfermero/a sigue siendo el profesional más implicado (85,8%), seguido por el/a médico/a (38,5%) y el/a trabajador/a social (35%). El 70% de las acciones se apoyan en alguna perspectiva teórico-metodológica, siendo las más mencionadas, la Educación para la Salud, el Desarrollo Comunitario o la Investigación-Acción-Participativa. El 65% incluyeron sectores no sanitarios, siendo los servicios sociales y el de educación los más frecuentes. La Administración participa en el 60,1% de las ocasiones y las entidades cívicas en el 58,5%. El 25% de las actividades se realizaban siempre o casi siempre fuera del horario laboral. No obstante, todos estos resultados no se distribuyen de forma homogénea entre las cinco Comunidades Autónomas estudiadas, siendo la heterogeneidad la característica dominante, principalmente en la temática, población diana, lugar dónde se ejecutan las actividades y forma de implantarlas, explicada en parte por "los desiguales grados de prioridad en las agendas de las Políticas Sanitarias Autonómicas, por particularidades regionales histórico-sociales y por el trabajo concreto de grupos de profesionales"(March & cols., 2014, p.272).

Otro de los artículos generados en este proyecto (March, Soler & cols., 2014) muestra la variabilidad en la implantación de estas actividades en las 17 Comunidades Autónomas españolas. Dato coincidente con el análisis anterior. Los resultados muestran la limitación de haberse recogido la información mediante cuestionario por correo a informantes clave, que no proceden de la misma manera al cumplimentar la encuesta, de tal manera, que en una Comunidad lo realizan varios informantes de forma independiente, en otras dos se cumplimenta por consenso entre varios informantes y en catorce Comunidades, entre las que está la andaluza, lo cumplimenta una sola persona que opina sobre lo que ocurre en toda la comunidad. A pesar de ello, comentaremos los resultados más relevantes para nuestro trabajo. Se observa una gran variabilidad en la realización de actividades comunitarias en cada Comunidad Autónoma, siendo Castilla y León, Navarra, Madrid y Murcia dónde hay una muy alta participación de los equipos de Atención Primaria, mientras que en el resto es baja o muy baja. En la mayoría de las Comunidades las actividades se realizan tanto en horario laboral como fuera de éste, mientras que en Andalucía se realizan mayoritariamente fuera del horario laboral. Los informantes clave vuelven a confirmar la mayor implicación de

los profesionales de enfermería en estas acciones en todas las comunidades, y de los trabajadores sociales aunque con una mayor variabilidad según la zona. En aquellas Comunidades con participación alta de los profesionales de Atención Primaria, sus gerencias tienen incluidos objetivos formales relativos a la promoción de las actividades comunitarias, además reciben apoyos de más instituciones. Así mismo, tienen incluidas las actividades comunitarias en la cartera de servicios, sus profesionales reciben formación sobre esta temática y se elaboran y publican materiales al respecto. En doce comunidades hay consejos de salud activos y en trece se declara la existencia de mesas intersectoriales. En la identificación de dificultades y oportunidades, en general pesan más los obstáculos que las facilidades, pero existe variabilidad en función de si hay una alta o baja participación en las actividades comunitarias. De tal forma, que en las Comunidades menos participativas las principales dificultades en orden decreciente son la falta de tiempo, falta de formación y falta de motivación; y las oportunidades residen en la demanda de la población, los equipos multidisciplinares y la presencia de Médicos Residentes en formación. En cambio en las Comunidades más participativas, las principales dificultades están en la falta de apoyo institucional, falta de motivación, falta de formación y falta de contacto con el tejido asociativo; y las oportunidades en la existencia de los equipos multidisciplinares, la existencia de asociacionismo, la presencia de mesas intersectoriales y consejos de participación comunitaria y la presencia de Médicos Residentes.

Entre los resultados coincidentes en los últimos trabajos analizados, emerge la utilización de tiempo extra-laboral para la realización de estas actividades, el interés y apoyo de las Administraciones como factor clave para la realización de las actividades comunitarias y la falta de formación de los profesionales como una de las principales dificultades.

Un tercer objetivo del proyecto frAC ha sido realizar propuestas de mejora de la situación de las actividades comunitarias. Para ello se realizó un Grupo Nominal con expertos de perfil heterogéneo que formularon un total de 27 medidas para promocionar la participación de la Atención Primaria en actividades comunitarias. Las propuestas se estructuran en tres niveles de actuación: desde el Ministerio de Sanidad, desde las Comunidades Autónomas y desde las Gerencias de Atención Primaria. La priorización destaca la elaboración de una estrategia de implantación de actividades comunitarias y la promoción de elaboración de materiales desde el Ministerio; el impulso de la coordinación intersectorial y de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Pública desde las Comunidades Autónomas; y la reorientación de

la atención asistencial desde un enfoque salubrista así como el replanteamiento del concepto y el funcionamiento del equipo de Atención Primaria desde las gerencias. (Soler & March, 2012)

Bustamante Ospina (2013) sugiere una importante aportación para las Organizaciones Sanitarias que quieran incorporar una nueva cultura de salud: La comunicación interna, como clave para potenciar el trabajo de Promoción de Salud. Ésta implica:

> Buscar la identificación de los empleados con la organización y con la filosofía de Promoción de la Salud, suministrar Información útil y oportuna sobre la organización y sobre Promoción de la Salud, apoyar la Instrucción-Formación de los empleados en cuanto a Promoción de la Salud y especialmente en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, propiciar la Integración de los empleados y en especial su participación en los procesos de Promoción de la Salud que lleve a cabo la organización, trabajar por la creación de una buena Imagen de los empleados sobre la organización que esté en consonancia con la imagen proyectada de cara a la opinión pública y, fomentar la Investigación de los procesos comunicativos internos para potenciar la estrategia y sus funciones (p. 344-348)

Finalmente mencionar los estudios de Díaz (2001) y Duro Martínez (2002, 2003 y 2005), que aunque no estén centrados de forma global en las actividades comunitarias, si lo hacen sobre algunos de los elementos clave de las mismas, la participación comunitaria, la práctica de la educación sanitaria y las actividades grupales.

El estudio de Díaz (2001) identifica, mediante un estudio transversal con una muestra final de 307 profesionales de Medicina en Atención Primaria pertenecientes a la Comunidad de Galicia, tres variables relacionadas con la realización de educación sanitaria: el ser mujer presenta una Odds Ratio (OR) igual a 1,7, estar formado/a (OR: 2,2) y el tener una mejor capacidad autopercibida para llevarla a cabo (OR: 1,32). Tan sólo el 35,8% realizaba educación sanitaria, señalando como principales barreras: la falta de tiempo, la falta de motivación y la falta de formación.

La investigación de Duro Martínez (2002) centrada en el discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos desde un enfoque cualitativo, le lleva a identificar esta estrategia con el objetivo de realizar educación para la

salud supeditada a la consulta individual, dirigida a pacientes crónicos, mujeres, escolares y profesorado y, en menor medida, a otros grupos comunitarios o a las cuidadoras. Entre los argumentos manifestados por los participantes en los Grupos de Discusión y las Entrevistas realizadas sobre el por qué o el para qué de estos grupos emergen factores relacionados con la rentabilidad económica, la descarga de las consultas, el ahorro de tiempo, la obligatoriedad por estar incluidos en la cartera de servicios, y sólo para los profesionales más convencidos el principal argumento es porque sirven para prevenir y mejorar los auto-cuidados o la Promoción de la Salud. "Los argumentos relacionados con el modelo de salud comunitaria, enarbolados principalmente por profesionales de trabajo social… y por algunos médicos y personal de enfermería, persisten sólo como testimonio de los primeros años de fervor comunitario" (p. 555). Otro de los hallazgos interesantes de la investigación de este autor lo encontramos en la concepción sobre los grupos que subyace en los profesionales participantes y que condiciona la técnica de intervención grupal más comúnmente utilizada en los equipos de Atención Primaria (Duro, 2003). La consideración de los grupos como la suma de individuos determina que la charla sea la técnica estrella, sobre todo, para los profesionales de Medicina, que ven esta tarea como subsidiaria y propia del colectivo enfermero y de trabajo social: "La consideración de quién debería hacer el trabajo con grupos está atravesada por la actitud hacia dicha actividad y por el significado y valoración atribuidos a cada colectivo dentro del marco de la Atención Primaria" (Duro, 2003, p.623). Estos últimos profesionales, más formados y con más experiencias en el trabajo de grupo, se muestran más críticos con esta técnica y su forma de utilización, con la escasa colaboración del resto del equipo en la captación de participantes en los grupos y expresan su escepticismo en el uso de otras técnicas y procedimientos en el contexto de la Atención Primaria. El acercamiento de este autor a las actitudes de los profesionales de Atención Primaria en Madrid hacia el trabajo con grupos, le lleva a establecer tres perfiles: los que están convencidos de la importancia del trabajo con grupos, principalmente enfermeras/os y trabajadores sociales; los escépticos que consideran que estas dinámicas no sirven para nada, en el que están incluidos médicos/as y también algunos profesionales de enfermería; y aquellos/as que, sin mostrar oposición se resisten a llevarlo a cabo en las condiciones de trabajo existentes. En general, este investigador se muestra muy derrotista ante las posibilidades de incorporación del enfoque de Promoción de Salud en el ámbito de la Atención Primaria, por la actitud tan desfavorable detectada tanto en la propia Administración Sanitaria como en los propios profesionales (Duro, 2005).

SEGUNDA PARTE:

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4:

EL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Pregúntate si lo que vas a hacer hoy te acerca al lugar en el que quieres estar mañana.

J. Brown.

En este capítulo se presenta el proceso seguido y las herramientas utilizadas en la presente investigación. La inmersión en la realidad de Atención Primaria suscitó preguntas de investigación y el planteamiento de objetivos que han ido orientando la investigación de forma continua. El diseño de este estudio se ha ido construyendo de una forma progresiva, simultaneando la recogida y análisis de la información durante el proceso.

Se exponen los problemas y objetivos de investigación, el enfoque metodológico, así como la descripción de todos los elementos del trabajo de campo ejecutado: desde el escenario de investigación, el proceso de recogida de información, las técnicas utilizadas, los perfiles de los informantes en cada una de las técnicas y el procesamiento, análisis e interpretación de la información. Finalmente se plantean las consideraciones éticas de la investigación.

4.1. El Planteamiento de los Problemas de Investigación y los Objetivos a alcanzar.

El descenso que las actividades comunitarias ha sufrido en el contexto de la Atención Primaria desde los inicios de la reforma y el impulso que desde ciertos sectores profesionales se les está intentando dar, evidencia su situación real, lo que ha generado una importante producción científica en nuestro país en los últimos años. Sin embargo, la laguna de información en este sentido de lo que está ocurriendo en la comunidad andaluza y, concretamente, en Huelva nos anima a plantearnos los siguientes interrogantes:

1. ¿Qué representación social tienen los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la Intervención Comunitaria en Salud?
2. ¿Tienen los servicios de Atención Primaria de Huelva una orientación comunitaria?
3. ¿Cuáles son y qué características tiene las actividades comunitarias que se desarrollan en la Atención Primaria de Huelva?
4. ¿Cuáles son los principales obstáculos y facilitadores para el desarrollo de la Intervención Comunitaria en el contexto sanitario de estudio?

Para dar respuesta a estos interrogantes, los objetivos que se plantean en este estudio son:

Objetivo General:

Observar, comprender e interpretar las representaciones sociales y la práctica sobre Intervención Comunitaria en Salud en el ámbito de atención primaria de Huelva.

Objetivos específicos:

- Conocer las representaciones sociales de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la Intervención Comunitaria en Salud.

- Explorar la percepción de los profesionales de Atención Primaria en Huelva sobre la orientación comunitaria de los servicios sanitarios en este nivel de atención.

- Identificar los elementos que perfilan la orientación comunitaria de la Atención Primaria en Huelva.

- Caracterizar las actividades comunitarias que se realizan en el contexto de Atención Primaria en Huelva y observar el grado de implementación de las acciones con evidencia científica en la práctica.

- Descubrir los factores que favorecen y dificultan el desarrollo de las actividades comunitarias en Huelva.

4.2. El Enfoque de Investigación

En la investigación social se suelen abordar las relaciones entre las perspectivas cualitativas y cuantitativas desde los aspectos *técnico-instrumental, metodológico y/o paradigmático* (Cook y Reichardt, 1986). La perspectiva ecléctica e integradora es considerada la más acertada ante una polémica ya iniciada en la Grecia Clásica, con las diferentes y emblemáticas concepciones filosóficas de Platón y Aristóteles (Conde, 1994, p.54): *el formalismo/idealismo* de Platón pondría los cimientos del positivismo, y el *sustantivismo/empireia* de Aristóteles las bases del paradigma interpretativo. Más tarde,

siglos XII y XIV, las importantes transformaciones económicas, sociales, ideológicas, culturales…, entre las que destacar el paso de lo dual a lo triangular vinculado en el terreno social al desarrollo de una nueva clase social, la burguesía (Duby,1992), favorecieron el nacimiento del paradigma científico-positivista que dominaría el mundo de la Ciencia hasta bien entrado el siglo XX. A partir de aquí, la Naturaleza se matematiza, y lo cuantitativo-matematizable pasa a ser la *Naturaleza primera*, anterior histórica, ontológica y lógicamente a lo cualitativo, percibido como lo subjetivo, *Naturaleza segunda* (Koyre, 1977), y por tanto, una perspectiva no científica.

El siglo XX fue testigo de un giro en el debate entre las perspectivas cualitativa y cuantitativa, motivado por el desarrollo de dos grandes principios: el de la *incertidumbre* asociado a Heisenberg (1925), y el de la *relatividad* de Einstein (1905). Éstos y otros planteamientos de las ciencias naturales lograron superar el estrecho paradigma científico dominante hasta entonces, sobre todo para el estudio de todo lo relacionado con la vida, con el desarrollo de la complejidad, de todo lo real y lo social. Marx Weber (1979) es su principal valedor desde el punto de vista metodológico, definiendo la aproximación científica a los fenómenos sociales como aquella aproximación basada en la actividad estrictamente *ideal y racional*. M. Serres (1991) denomina a este nacimiento *la tercera cultura,* definida por Prigogine y Stengers (1983) como "un medio donde pueda iniciarse el diálogo indispensable entre el paso de la modelización matemática y la experiencia conceptual y práctica de aquellos que intentaron describir la sociedad humana en toda su complejidad*"*. Sin duda, esta nueva etapa favorece el abandono estéril y negativo que para las Ciencias de la Salud ha supuesto la copia y la imitación acrítica de las Ciencias Naturales. En España, esta tendencia se inició en la década de 1960 como reacción crítica proveniente de la Escuela de Frankfurt y materializada en lo que se ha llamado Escuela de Cualitivistas de Madrid. Esto supuso un giro significativo en el rumbo del proceso investigador de los fenómenos sociales en general (Ibáñez, 1986, 1992).

La realidad concreta de la investigación social nos susurra continuamente la insuficiencia de ambos enfoques tomados por separado para el análisis de la realidad social, por los propios límites epistemológicos de lo social. (Ortí ,1994)

La complementariedad metodológica se impone en esta investigación por otra razón más que se suma a las ya argumentadas. La existencia en esta tesis de dos unidades de análisis de diferente naturaleza: las representaciones sociales y las prácticas comunitarias. Por ello, aunque el enfoque del proceso investigador sea principalmente cualitativo, se incorpora una

técnica de recogida de información más cuantitativa en el estudio de las representaciones sociales, y se combina el análisis cualitativo con la descripción cuantitativa de uno de los elementos de la segunda unidad de investigación: las prácticas comunitarias.

No obstante, ha sido el enfoque cualitativo procesual el que se ha impuesto para acercarnos a los significados, opiniones, la práctica, la actitud y los símbolos que los profesionales sanitarios de Atención Primaria le otorgan a la Intervención Comunitaria de Salud como una de las dimensiones de trabajo .

De los dos marcos referenciales de la investigación cualitativa definidos por Thomas Schwandt (1998, citado en Álvarez Gayou, 2003): el constructivista y el interpretativo, esta investigación está ubicada en el segundo. En este sentido, el marco interpretativo centrado en comprender el significado de los fenómenos sociales, incluye la Antropología Filosófica e Interpretativa, la Fenomenología, la Hermenéutica, el Interaccionismo Simbólico y el Interpretativo así como la Teoría Fundamentada.

Dada la diferente naturaleza de las dos unidades de análisis, para el estudio de las representaciones sociales de los profesionales sobre la intervención comunitaria se ha optado por la Teoría Fundamentada, mientras que para la investigación de la práctica comunitaria en Atención Primaria ha sido elegido el Análisis Fenomenológico, considerado "como el más conveniente para clarificar los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana" (Berger & Luckmann, 1986, p.37).

La Teoría Fundamentada (Grounded Theory) surge tras la combinación de dos tradiciones intelectuales y académicas diferentes en el ámbito de la sociología americana en una investigación sobre las interacciones entre médicos/as, personal de enfermería, enfermos/as terminales y familiares. Tras este estudio, sus fundadores, Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss tomaron conciencia del surgimiento de un nuevo enfoque metodológico que plasmaron en 1967, en el libro titulado The Discovery of Grounded Theory (León y Montero, 2015). Esta propuesta tuvo una rápida difusión entre los/as investigadores/as con perspectiva cualitativa, aunque al poco tiempo sus creadores empezaron a desarrollarla por separado, erigiéndose dos corrientes diferentes, una de ellas ampliada por el trabajo conjunto de Strauss y la enfermera Juliet Corbin (1990).

La idea fundamental de este planteamiento es la posibilidad de generar teoría de alcance intermedio a partir de los datos acopiados de la realidad, mediante diversas técnicas (Observación Participante, Grupos Focales, Conversaciones Informales, Análisis

Documental), aunque la entrevista es el instrumento preferente de recogida de la información. A través del método de la comparación constante y el muestro teórico, el/a investigador/a recogería, codificaría y analizaría los datos de forma simultánea, para mediante los procedimientos de ajuste, funcionamiento y saturación, elaborar la teoría (Soneira, 2006).

El método de comparación constante de la Grounded Theory se desarrolla en cuatro fases: "Comparación de sucesos aplicables para cada categoría. Integración de las categorías y sus propiedades. Delimitación de la teoría. Redacción de la teoría" (Andreu, García Nieto y Pérez, 2007, p.61).

La tarea inicial en la primera fase sería la codificación apoyada en notas o memorandos, que van a permitir ir definiendo categorías, buscando información de forma continua por el muestreo teórico y comparando de forma constante sucesos, categorías y propiedades. En un momento más avanzado del análisis, se precisa ir delimitando las categorías e ir perfilando la teoría hasta darle forma de manera redactada, fase final del proceso.

El muestreo teórico es:

> El proceso de recogida de datos dirigido por el desarrollo de la teoría, mediante el cual la recogida, codificación y análisis de los datos se va realizando conjuntamente, de tal manera que el desarrollo teórico que surge del análisis de los datos indica al analista los nuevos datos que necesita y dónde puede encontrarlos. (Andreu, García Nieto y Pérez, 2007, p. 63-64).

Este método adquiere cierta importancia cuando se investigan áreas nuevas o poco conocidas, exigiendo el planteamiento de una pregunta básica, la definición de los perfiles de los informantes y qué sucesos o acciones buscar.

La perspectiva de la Teoría Fundamentada nos ha permitido conocer los significados, las percepciones, el valor que los/as informantes otorgan a la Intervención Comunitaria para configurar una teoría sobre las representaciones sociales de los/as profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria de Huelva.

Por otro lado, la Fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890 apoyada sobre un aspecto clave como es la "intencionalidad de la conciencia (concienciación)*"* (Cohen & Omery, 2005, p.188). El estudio de la experiencia es el medio para revelar la conciencia, por lo que la pretensión del método fenomenológico no

es otro que permitir aflorar y comprender los fenómenos que sustentan las acciones en nuestro mundo y no recurrir a las explicaciones causales. La teoría inicial de su creador fue desarrollándose y evolucionando tras su fundación, y diseminándose por países y disciplinas, de tal forma que su aplicación ha sido multidisciplinaria, siendo catalogada por muchos autores como el movimiento filosófico más significativo del siglo XX (Embree, citado en Álvarez- Gayou, 2003, p.87). Uno de sus sucesores y más crítico con la teoría de su maestro, fue Martín Heidegger (1889) que desarrolló el enfoque interpretativo de la fenomenología o fenomenología hermenéutica, basada en la búsqueda de los fenómenos ocultos, especialmente de sus significados no manifiestos, para describirlos y analizarlos.

Una investigación basada en el análisis fenomenológico ha de considerar:

- Buscar la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia,
- Enfatizar la intencionalidad de la conciencia, es decir, que las experiencias contienen la apariencia externa y la interna, las cuales se basan en la memoria, la imagen y el significado.
- Realizar el análisis fenomenológico de los datos mediante una metodología reductiva, con auxilio del análisis de discursos y temas específicos, y con la búsqueda de significados posibles.
- Apartar su propia experiencia, en la más pura tradición de la investigación naturalista.
- Confiar en la intuición, en la imaginación y en las estructuras universales para aprehender la experiencia.
- Suspender cualquier juicio respecto a lo que es real y no lo es.
- Comprender el concepto de estudiar cómo una persona experimenta un fenómeno.
- Elaborar preguntas de investigación tendentes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia y solicitar que se les describan las experiencias vividas cotidianamente.
- Obtener información de quienes han experimentado el fenómeno que se estudia, generalmente por medio de entrevistas (Cresswell, 1998, p.54).

Desde esta perspectiva fenomenológica, nos hemos acercado a los significados que los/as profesionales dan a su experiencia profesional en atención comunitaria, intentando capturar el proceso de interpretación por el que actúan en esta dimensión del cuidado en atención primaria y explican los elementos que favorecen y dificultan su desarrollo. De ahí que nuestra tarea ha de ajustarse a la de describir, comprender e interpretar (Rodríguez, Gil, García, 1999).

4.3. El Trabajo de Campo

El trabajo de campo se ha desarrollado de forma progresiva. Se optó en un primer momento por una inmersión en el ámbito de estudio con objeto de acercarnos a una realidad con una visión más directa, cercana e integrada, para después ampliar esa visión a través de la mirada de los/as profesionales. De esta forma el trabajo de campo se ha desarrollado de una forma continua y gradual, simultaneando la recogida y análisis de la información.

En el proceso se han garantizado los dos principios fundamentales de toda investigación cualitativa como son la triangulación y la saturación de la información para garantizar el rigor, la amplitud, la autenticidad, la concordancia y la diversidad. Aunque el proceso de triangulación hace referencia al uso de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores (Denzin & Lincoln, 1998), en nuestro caso se ha utilizado la triangulación metodológica y de datos, ya que la de investigadores es dificultosa en el tipo de trabajo que nos ocupa.

La saturación *"*se refiere al momento en el que durante la obtención de la información, ésta empieza a ser igual, repetitiva o similar" (Álvarez-Gayou, 2003, p.33). Si bien este principio se ha cumplido siempre en todos los procesos de obtención de información, en la realización de alguna técnica, a pesar de haber llegado a la saturación, se ha continuado con la recogida de datos para garantizar los criterios de segmentación considerados para la selección de las personas informantes y de los centros.

4.3.1. El Escenario de la Investigación. Unidades de Observación y Análisis

González Rey considera el escenario de la investigación como "aquel espacio social que caracterizará el desarrollo de la investigación y que está orientado a lograr la implicación de los participantes en la investigación" (2007, p.60). En este sentido, los centros de Atención Primaria de Huelva correspondientes a los Distritos Sanitarios Huelva- Costa y Condado-Campiña han constituido el contexto social que delimita nuestro espacio de estudio. Un total de 15 Zonas Básicas de Salud, 22 centros de salud, 33 consultorios locales y 5 consultorios auxiliares conforman el escenario de nuestra investigación (Anexo 4).

Estos centros o Unidades de Gestión Clínica (U.G.C.) y los profesionales de Medicina y Enfermería que trabajan en ellos constituyen nuestras unidades de Observación. Mientras que las unidades de Análisis son dos:

- Las representaciones sociales que los profesionales de Medicina y Enfermería han construido en torno a la Intervención Comunitaria en Salud.

- Las prácticas comunitarias de los equipos básicos de salud que conformarán la orientación hacia la comunidad del trabajo que se desarrolla en los centros de Atención Primaria.

Dado que en investigación cualitativa no existen recetas únicas, sino que "because each qualitative study is unique, the analytical approach will be unique" (Patton, 2002, p. 433), en nuestro estudio no sólo se ha tenido en cuenta la especificidad del estudio sino también la diferente naturaleza de las unidades de análisis a estudiar para plantear una estrategia analítica diferente para cada una de ellas. De esta forma, con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas y conseguir los objetivos propuestos, el esquema del plan analítico ha sido el siguiente (Figura 15):

Figura 13. Plan Analítico de la Investigación.

4.3.2. El Proceso de Recogida de Información: Técnicas y Perfil de Participantes informantes.

El carácter progresivo en la profundización de nuestro objeto de estudio y la consciencia de que cada método de recolección de datos viene ligado a un tipo de información (Strauss y Corbin, 1997), ha determinado que el acceso al escenario de la investigación se haya producido en tres momentos diferentes, utilizando técnicas también diferentes, la Observación Participante, la Entrevista y la Técnica de Asociación de Ideas (TALI):

- Un primer acceso a los centros de Atención Primaria, a través de una convocatoria de nueva creación de la Universidad de Huelva para el intercambio entre directivos de la empresas y el profesorado de la Universidad con el objetivo de fomentar el intercambio de conocimiento y experiencia entre la Universidad y las empresas e instituciones. La autora de este trabajo ve una oportunidad única para contactar con la realidad de forma directa y conocer la dimensión comunitaria de la atención que se presta en los centros de salud. Con este fin, se elabora un proyecto para la participación en dicha convocatoria, que recibe la aprobación de la Universidad de Huelva y la conformidad del Distrito Sanitario Huelva-Costa para el intercambio con un directivo de dicho distrito. Las normas de la convocatoria establecían como periodo límite de estancia en las entidades de uno a cuatro meses, lo que delimitó la duración de este periodo de recogida de información a través de la técnica de Observación Participante.

- Tras el análisis de la información generada en la observación de la realidad, se planteó profundizar en la misma a través de otra aproximación que nos permitiera comprobar la homogeneidad o variabilidad en el resto de los centros del escenario de investigación, profundizar en otros elementos que pudieran explicar esa realidad y ampliar el objeto de estudio. Para lo cual se accedió de nuevo al escenario de investigación tras el permiso de la Dirección del Distrito y el contacto previo con los/as informantes para la realización de entrevistas semi-estructuradas.

- Finalizado el proceso de recogida mediante las entrevistas, se completó la recolección de información con la aplicación de la Técnica de Asociación Libre de Ideas (TALI)

para triangular la información sobre nuestra primera unidad de análisis. Por lo que se vuelve a contactar en esta ocasión con las direcciones de las Unidades de Gestión Clínica, para solicitar la aplicación de la técnica en un día que tuvieran programado reunión de equipo.

4.3.2.1. Observación Participante

La Observación Participante es uno de los procedimientos técnicos que permite acercarnos a la realidad para describir los comportamientos en su medio natural desde una perspectiva etnográfica. A través de esta técnica se consigue una inmersión completa en el medio a explorar para descubrir los elementos que componen la vida cotidiana (López-Barajas, 1998). En nuestro caso, la inmersión en un entorno laboral nos ha acercado a la práctica profesional en los centros de atención primaria: las rutinas de trabajo, la organización de la agenda, los programas en marcha, la presencia de actividades comunitarias en el trabajo, el grado de implementación de la evidencia científica en la práctica, el grado de instauración en la práctica de cada uno de las herramientas consideradas en la acción comunitaria o la utilización de alguna de las metodologías descritas en el marco teórico de este trabajo.

Esta técnica se apoya en cuatro pilares básicos como son la permanencia suficientemente prolongada para recoger la información buscada, convivencia, participación y observación. Siguiendo a Oscar Guash (2003, p.38) se ha tenido en cuenta a la hora de observar y participar en los grupos, los siguientes aspectos: la integración adecuada en los escenarios de interacción con los miembros de los equipos, la precisión acerca del rol de la investigadora, sus intereses y habilidades, así como la explicitación clara del objetivo que se persigue.

La integración adecuada en el medio lo ha facilitado la relación de confianza que se ha establecido con los miembros de los equipos observados, la capacidad de interacción de la observadora, la relación de cooperación con los actores presentes en cada centro, el respeto profesional, la prudencia en la emisión de comentarios valorativos del ejercicio profesional, la empatía, la ponderación de la labor profesional en este ámbito de la atención y la adaptación total al horario de trabajo del centro.

Por otro lado, se ha seguido una estrategia abierta en el proceso de observación, habiéndose consensuado la presencia de la investigadora en los centros de Atención Primaria, siempre en

un clima colaborativo, lo que ha facilitado el acercamiento al objeto de estudio. Se ha explicitado desde el primer momento que el interés de la investigadora era conocer la dimensión comunitaria del trabajo que se realizaba en los centros.

Indudablemente, se ha considerado y regulado el contacto con aquellos agentes que se han detectado más remisos a formar parte del punto de mira de la observadora, sin renunciar al acercamiento respetuoso. Por lo que, no se ha vivido, ni percibido momentos de tensión propia de este tipo de estrategia.

Un aspecto fundamental en el desarrollo de la Observación Participante ha sido el registro de la información sobre la realidad que se observa. En este sentido, se ha utilizado un registro de información menos intrusivo que la grabación y más natural, como ha sido las notas de campo (Anexo 5, en CD adjunto), en las que no sólo se han introducido la descripción de escenarios y actividades de las personas observadas, sino los propios comentarios de quien observa, es decir, el registro de lo que ocurre, el clima y las dimensiones psicológicas en la que acontece (Requejo, 1998).

De los cuatro tipos de notas personales, metodológicas, teóricas y descriptivas, se han recogido todas a excepción de las notas teóricas que vinculaban la observación con la teoría o los patrones de observación. Con el objetivo de mantener la naturalidad en el proceso de observación, estas notas de campo no han podido realizarse mientras se estaba en el escenario de la investigación sino que fueron redactadas al final de las sesiones.

"El discurso de los participantes en la comunidad observada es un elemento más de sus prácticas cotidianas..." (Callejo, 2002, p.414), de ahí que durante el proceso de Observación Participante, también se hayan mantenido conversaciones informales espontáneas y concertadas con diferentes miembros de los equipos estudiados que han permitido generar una información más enriquecida.

Tanto las notas de campo como el registro manual de las conversaciones informales se han reflejado en un Diario de Campo, que de forma sistemática y diaria se fue completando, y que ha sido fuente de información para el análisis en este estudio (Anexo 6, en CD adjunto).

4.3.2.1.1. Selección de Centros

Se seleccionaron tres centros de Atención Primaria por ser los centros de referencia del Distrito Huelva-Costa a criterio de la Directora de Cuidados de dicho distrito.

- Uno de estos centros está ubicado en la parte suroeste de la ciudad, en la barriada de su mismo nombre, a la entrada por la carretera nacional N431. El barrio comienza a construirse en la década de los años 70 del siglo pasado y acoge a una población mayoritariamente de clase obrera. Engloba a una barriada catalogada como Zona Necesitada de Transformación Social (ZNTS). En cuanto a las características del centro de salud, está situado en el centro de su área de actuación, en un edificio de doble planta en el que ejerce un equipo básico de salud formado por 25 profesionales sanitarios entre enfermeras/os, Enfermera gestora de Casos (EGC) médicos/as de familia, pediatras, matrona y trabajadora social. En este centro, aunque para su actuación en todo el distrito, está ubicada la Unidad móvil de Fisioterapia, Rehabilitación y Terapia Ocupacional.

- El segundo centro está ubicado en la zona centro de la ciudad, teniendo asignada la atención sanitaria de una población distribuida en diferentes barriadas del entorno y de características muy diferentes. El equipo básico de salud está compuesto por un total de 12 enfermeras/os, 1 EGC, 1 matrona, 16 médicos/as de familia y una trabajadora social. En este espacio, de tres plantas, se aloja la Unidad de Odontología y Salud Bucodental del distrito.

Por último, el tercer centro de Atención Primaria, se ubica en una ZNTS situada en la zona noroeste de la ciudad, que engloba un total de siete barriadas: cinco de ellas con una importante problemática social y dos de más reciente creación por el crecimiento de la ciudad en los últimos años, con características sociales muy diferentes a las restantes. El espacio dónde se instala el centro de salud es el de más reciente edificación, aunque la zona básica fue la tercera en crearse en la década de los 90 durante los inicios de la reforma de Atención Primaria. El equipo de salud está compuesto por un total de 29 sanitarios/as.

Desde la dirección de cuidados del Distrito se informa a los tres coordinadores de cuidados de las U.G.C. de mi pronta estancia y del objetivo de la misma. En los días previos a mi

incorporación se contacta con ellos, para fijar la fecha de comienzo y la organización y distribución de mi recorrido en el centro. La ausencia de uno de ellos, por motivo de vacaciones, en el momento de mi incorporación provoca que contacte con profesionales de enfermería del centro, con los que mantenía una relación de confianza y amistad, que facilitaron la inmersión e integración en el medio.

Durante el proceso de Observación Participante, la jornada fue compartida con un/a profesional de enfermería diferente cada semana, y se mantuvo contactos informales, con todos los miembros del equipo de salud: trabajadora social, enfermeras/os base, enfermeras gestoras de casos, matronas, auxiliares de enfermería, médicos/as de familia y comunitaria, pediatras, enfermeras/os o médicos/as responsables de programas, directores de la U.G.C. y coordinadoras/es de cuidados, incluso responsables de los dispositivos de apoyo de la unidad de rehabilitación y de odontología.

4.3.2.2. La Entrevista

La entrevista es considerada como una conversación entre dos personas dirigida y registrada por la persona entrevistadora con el propósito de favorecer un discurso continuo y con cierta línea argumental abierta sobre un tema definido (Enrique, 2003). Pero la esencia de la entrevista es "una escucha que ahonda… pero que calla más que formula, que espera a que la realidad de la situación, del encuentro con el otro, le responda" (Sanmartín, 2003, p.82).

Aunque en la entrevista se crea una situación más artificial que en la observación, se puede llegar a profundizar en las ideas de los/as entrevistados/as y conocer cómo ven la situación en estudio (Delgado, 1994).

Atendiendo a la estructura y diseño, el tipo de entrevista utilizado ha sido el de una entrevista semi-estructurada. Con objeto de conseguir la preparación de la entrevistadora, garantizar el funcionamiento de la entrevista y alcanzar la aceptación del encuentro por parte de la persona a entrevistar, los pasos seguidos en el proceso de planificación de la entrevista han sido los siguientes: Elaboración de un guión orientativo inicial tomando como referencia la información obtenida en la fase anterior; preparación de varios modelos de estructuración de preguntas de la entrevista evaluados por dos personas expertas en la temática y en la metodología; realización de tres entrevistas piloto para comprobar la comprensión de los

interrogantes que se iban a plantear, la estructura y el desarrollo de la misma. Tras este proceso se decidió utilizar el guión orientativo de entrevista que aparece en el Anexo 7.

En cuanto a la captación de los/as profesionales para la entrevista se realizó a través del sistema de redes, elaborando una lista priorizada de participantes por centro y por criterios de segmentación que han determinado unos perfiles básicos de las personas informantes con las que se fue contactando personalmente y/o telefónicamente para facilitarles información pormenorizada sobre la finalidad del trabajo y pedirles su participación. Posteriormente, se fijó de mutuo acuerdo, la fecha, hora y lugar de encuentro. En todo momento se propició un ambiente de libertad, sin coacción, ni presión para su participación. En este sentido decir, que salvo alguna excepción, todos/as los/as profesionales a los/as que se invitó a participar accedieron a colaborar sin ningún tipo de impedimento.

Todas las entrevistas se han celebrado en el lugar, día y hora propuesto por los informantes clave. Algunas de las entrevistas se han realizado en los mismos centros de trabajo y otras en una dependencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva.

En el inicio de la entrevista se procedió a la presentación de la investigadora, de los objetivos de la investigación, del procedimiento de la entrevista, la confidencialidad de la información y del consentimiento informado para proceder a su firma (Anexo 8). A continuación, se le solicitaba autorización para la grabación en soporte magnético para la posterior transcripción literal. Todos/as, a excepción de una persona, permitieron la grabación de la entrevista, por lo que en este caso, se recogieron anotaciones manuscritas durante el transcurso de la misma.

La entrevista semi-estructurada exige que durante el transcurso de la técnica se relacionen los temas y se vaya construyendo un conocimiento comprensivo de la realidad (Sánchez, 2003). Por ello, siguiendo las recomendaciones de Flick (2004) y Báez y Pérez de Tudela (2007), la entrevistadora ha mantenido un alto grado de atención en las respuestas para poder interrelacionar los temas y establecer conexiones, que de otro modo se hubiesen perdido. Ha procurado ser sensible hacia el curso de la entrevista y hacia los/as entrevistados/as, y mediadora entre la guía elaborada y el desarrollo de la sesión. En todo momento, se mantuvo un talante de apertura, creándose un ambiente cordial y relajado que hizo posible un clima de confianza que permitiera un discurso fluido, libre y sincero. Se ha mostrado una actitud empática, asertiva, ecuánime, discreta y de imparcialidad para lo que se ha utilizado la estrategia de saber callar.

Finalizada la entrevista, se le solicitaba que rellenaran una hoja con algunos datos identificativos relativos a los criterios de segmentación: sexo, edad, tipo de profesional (enfermera/o, médico/a u otros), años de experiencia en Atención Primaria, titulación académica y puesto profesional [enfermera/o o médico/a base del equipo básico de salud, Enfermera Gestora de Casos (E.G.C.), matrona/o] y puesto de gestión (dirección o coordinación de cuidados). Al finalizar la entrevista, se anotaron en un cuaderno de campo, todas aquellas observaciones complementarias o incidencias ocurridas a lo largo del proceso, que pudieran ser relevantes y que escapaban del registro de la grabadora.

En total se realizaron 54 entrevistas, cuya duración osciló entre dieciséis minutos la menos extensa hasta una hora y veinticinco minutos la de mayor duración. La grabación y transcripción de todas las entrevistas se encuentra en el Anexo 9 en el CD adjunto.

4.3.2.2.1. Perfil de Personas Informantes

Para la selección de las personas informantes se definieron previamente unos criterios de segmentación que permitiera determinar unos perfiles básicos de las personas a entrevistar para cada una de las unidades de análisis. Para el estudio de las representaciones sociales se determinó como criterios de selección los siguientes (Tabla 12):

Perfil de las personas entrevistadas		
1	Sexo	▪ Hombres ▪ Mujeres
2	Edad	▪ 20-30 años ▪ 31-40 años ▪ 41-50 años ▪ + de 50 años
3	Perfil profesional	▪ Profesionales asistenciales ▪ Docentes ▪ Técnicos/as ▪ Gestores/as
4	Disciplina profesional	▪ Enfermeras/os ▪ Médicos/as
5	Tiempo de ejercicio profesional en Atención Primaria	▪ Al menos un año de ejercicio en Zona Básica
Para el estudio de las prácticas comunitarias se consideraron:		
1	Centro de Atención Primaria	▪ Al menos un centro por cada Zona Básica de Salud
2	Número de entrevistas por centro de salud	▪ Al menos dos entrevistas por centro
3	Cargo profesional	▪ Profesionales con diferentes cargos dentro de la U.G.C.: profesionales de base, gestores (dirección de centro y/o coordinación de cuidados) y otros

TABLA 12. Criterios de selección de las personas informantes

Teniendo en cuenta los criterios anteriormente citados, de los 54 informantes clave, finalmente, 47 entrevistas se realizaron a profesionales que ejercían en los centros de Atención Primaria de 11 Zonas Básicas de Salud y 18 centros de salud diferentes, y las 7 entrevistas restantes a informantes con un perfil profesional de Técnicos o Docentes.

Todas las entrevistas han sido individuales, a excepción de una, en la que se conversa a la vez con dos personas: la coordinadora de cuidados y el director del centro.

El perfil de los profesionales asistenciales por variables de sexo, edad, titulación, puesto profesional, tiempo de experiencia en Atención Primaria y centro dónde ejercen, aparece en la Tabla 13.

El 36,2 % de los profesionales entrevistados han sido hombres y el 63,8% mujeres. El 44,7% se sitúan en el intervalo de edad de 40-50 años, seguido de un 34% de profesionales con más de 50 años. Los intervalos de edad más jóvenes (20-30 y 30-40 años) sólo lo ocupan el 21,3% de la población estudiada. La media de años trabajando en Atención Primaria es de 17,34 años con una desviación típica de $\pm$8,71. El 59,6% de los/as informantes clave han sido enfermeros/as frente al aproximadamente 40% que son licenciados/as en medicina y cirugía (19), de los que casi el 70% (13) tienen la especialidad de medicina de familia y comunitaria y los seis restantes no tenían ninguna especialidad vía Médico Interno Residente (MIR). En el caso de la enfermería tan sólo una persona de las entrevistadas posee una especialidad, la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Respecto al puesto profesional dentro de equipo de salud, 15 personas (31,91%) ocupaban un cargo de gestión, bien la dirección del centro (6 profesionales) o la coordinación de cuidados (9 enfermeras/os), 3 personas (6,4%) eran Enfermeras Gestoras de Casos (EGC), y el resto ocupaba su puesto de profesional base, bien de medicina general (27,7%), de enfermería (27,7%), pediatría (4,3%) o matronería (2,1%).

Respecto a los/as informantes técnicos y docentes, cuatro ejercían como técnicos de Promoción de Salud o de Educación para la Salud y Participación Comunitaria en los dos distritos sanitarios de estudio, y tres eran docentes, en el ámbito universitario y/o en la Unidad Docente de formación para la especialidad de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

CÓDIGO	SEXO	EDAD	TITULACIÓN	PUESTO PROFESIONAL	AÑOS DE EXPERIENCIA	ZONA BÁSICA DE SALUD
M1	Mujer	30-40 a.	Especialista en MFyC*	Medicina eventual	2 años	Urbana
M2	Hombre	+ 50 a.	Licenciado en Medicina y Cirugía	Medicina	22 años	Urbana
M3	Mujer	+ 50 a.	Especialista en MFyC	Medicina	30 años	Urbana
M4	Mujer	+ 50 a.	Especialista en MFyC	Medicina	25 años	Rural
M5	Hombre	40-50 a.	Especialista en MFyC	Pediatría	14 años	Rural
M6	Hombre	+ 50 a.	Licenciado en Medicina y Cirugía	Medicina	33 años	Rural
M7	Mujer	+ 50 a.	Licenciada en Medicina y Cirugía	Medicina	28 años	Rural
M8	Mujer	+ 50 a.	Doctora en Medicina y Cirugía	Medicina	30 años	Rural
M9	Mujer	+ 50 a.	Licenciada en Medicina y Cirugía y Especialista en Medicina del Trabajo	Medicina	25 años	Rural
M10	Hombre	+ 50 a.	Licenciado en Medicina	Medicina	27 años	Rural
M11	Hombre	40-50 a.	Especialista en MFyC	Medicina	21 años	Urbanaa
M12	Hombre	30- 40 a.	Especialista en MFyC	Medicina	10 años	Rural
M13	Mujer	30- 40 a.	Especialista en MFyC	Medicina eventual al 75%	3 años	Rural
M14	Mujer	30-40 a.	Especialista en MFyC	Pediatría eventual al 75%	7 años	Rural
M15	Mujer	+ 50 a.	Licenciada en Medicina y Cirugía	Medicina	+ 20 años	Urbana
E1	Mujer	+ 50 a.	Diplomada en Enfermería	E.G.C.*	23 años	Urbana
E2	Mujer	+ 50 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería	5 años	Rural
E3	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería	11 años	Urbana
E4	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	E.G.C.	18 años	Rural
E5	Hombre	40-50 a.	Diplomado en Enfermería	Enfermería	22 años	Rural
E6	Mujer	30-40 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería eventual	12 años	Rural
E7	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	E.G.C.	21 años	Urbana
E8	Hombre	30-40 a.	Especialista en Obstetricia y Ginecología	Matrono	2,5 años	Rural
E9	Hombre	40-50 a.	Diplomado en Enfermería	Enfermería	3años	Rural
E10	Mujer	20- 30 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería eventual	3 años	Rural
E11	Mujer	30-40 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería	10 años	Rural
E12	Hombre	40-50 a.	Diplomado en Enfermería	Enfermería	19 años	Rural
E13	Hombre	40-50 a.	Diplomado en Enfermería	Enfermería	21 años	Rural

Tabla 13. Perfil de las personas informantes en las entrevistas.

Especialista en MFyC: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**. E.G.C.:** Enfermera Gestora de Casos

CÓDIGO	SEXO	EDAD	TITULACIÓN	PUESTO PROFESIONAL	AÑOS DE EXPERIENCIA	ZONA BÁSICA DE SALUD
E14	Mujer	+ 50 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería	26 años	Urbana
E15	Hombre	+ 50 a.	Diplomado en Enfermería	Enfermería	25 años	Urbana
E16	Mujer	+ 50 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería	4 años	Urbana
E17	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Enfermería	18 años	Rural
D1	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	18 años	Rural
D2	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Dirección de U.G.C.	20 años	Rural
D3	Hombre	+ 50 a.	Diplomado en Enfermería	Coordinación de Cuidados	30 años	Rural
D4	Mujer	40-50 a.	Licenciada en Medicina y Cirugía	Dirección de U.G.C.	15 años	Rural
D5	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	16 años	Rural
D6	Hombre	30-40 a.	Diplomado en Enfermería	Coordinación de Cuidados	15 años	Rural
D7	Mujer	+ 50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	33 años	Rural
D8	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	25 años	Rural
D9	Mujer	30-40 a.	Especialista en MFyC	Dirección de U.G.C.	6 años	Rural
D10	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	10 años	Rural
D11	Hombre	40-50 a.	Diplomado en Enfermería	Dirección de U.G.C.	20 años	Rural
D12	Mujer	40- 50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	19 años	Urbana
D13	Mujer	40-50 a.	Diplomada en Enfermería	Coordinación de Cuidados	11 años	Urbana
D14	Hombre	40-50 a.	Especialista en MFyC	Dirección de U.G.C.	13 años	Urbana
D15	Hombre	40 -50 a.	Especialista en MFyC. Doctor en Medicina y Cirugía	Dirección de U.G.C.	20 años	Urbana
T1	Mujer	40-50 a.	Médica Especialista en Neumología	Técnica Promoción de la Salud.	10 años	
T2	Hombre	>50 a.	Farmacéutico, Médico y Doctor en Pedagogía	ExCoordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Prof Univ.Huelva.	25 años	
T3	Hombre	40-50 a.	Especialista en MFyC. Doctor en Medicina y Cirugía	Técnico en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria	23 años	
T4	Mujer	>50 a.	Diplomada en Enfermería Licenciada en Pedagogía	Profesora de Universidad de Huelva	35 años	
T5	Mujer	40-50 a.	Licenciada en Derecho	Técnica de Educación para la Salud y Participación ciudadana.	13 años	
T6	Hombre	>50 a.	Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología	Técnico de Educación para la Salud y Participación ciudadana	7 años	
T7	Mujer	30-40 a.	Licenciada en Psicología	Técnica de Promoción de la salud	6 años y medio	

Tabla 13. Perfil de las personas informantes en las entrevistas (cont.).

4.3.2.3. Técnica de Asociación Libre de Ideas (TALI)

Esta técnica fue originalmente concebida por Carl Gustav Jung (1910) y su aplicación en la práctica clínica tuvo como objetivo realizar el diagnóstico psicológico sobre la estructura de la personalidad de las personas. Es una técnica asociativa que parte de la consideración de que la estructura psicológica del sujeto se manifiesta a través de las conductas, de las reacciones, de las evocaciones, elevándose cómo índices significativos de las representaciones sociales. La asociación libre de palabras fue adaptada al campo de la Psicología Social por Di Giacomo en 1981 y, desde entonces, su aplicación en las investigaciones de este campo ha ido creciendo, aunque con un afán diferente a las pretensiones iniciales de su creador (Guerreiro & Curado, 2012).

El objetivo de esta técnica es detectar las dimensiones subyacentes de las representaciones a través de la identificación de los hitos que conforman la red asociativa de los términos evocados, en relación a un estímulo inductor. Es un instrumento sustentado sobre un repertorio conceptual que permite poner de manifiesto conjuntos semánticos y que ayuda a brotar los universos comunes de palabras de cara a los diferentes estímulos y sujetos o grupos. El instrumento se conforma sobre la presentación de estímulos inductores que se definen previamente en función del objeto a ser investigado y de las características de los/as participantes. El instrumento puede tener uno o varios estímulos (verbales o icónicos) escogidos de acuerdo con los criterios de acentuación y de coherencia con el objeto de la investigación (De Rosa, 2005). En nuestro caso se han utilizado dos inductores: los términos Atención Primaria de Salud y Actividades Comunitarias en Salud.

La técnica se ha desarrollado en sesiones grupales aprovechando la organización de reuniones del equipo básico de salud de los centros de atención primaria seleccionados, previa concertación de día y hora con la dirección del centro. Tras la presentación de la investigadora a los/as profesionales asistentes a la reunión, la explicitación del objetivo de la investigación y la explicación de la técnica, se le informa del anonimato, la confidencialidad de los datos y del carácter voluntario de su participación. A los/as sanitarios que acceden a cooperar se les facilitó la hoja de registro de la técnica (Anexo 10), insistiéndoles que tras la

plasmación de los términos evocados, subrayaran las tres palabras consideradas más importantes para ellos/as relacionadas con los vocablos inductores.

4.3.2.3.1. Selección de participantes.

Para la aplicación de esta técnica se procedió a la selección de profesionales teniendo en cuenta el criterio de centro. De tal forma que se ha desarrollado en aquellas Unidades de Gestión Clínica dónde en fases anteriores no se hubiese recogido información por alguna de las técnicas de estudio o no se hubiera cumplido el criterio de segmentación, de dos entrevistas por centro. Finalmente han participado 90 profesionales de siete Zonas Básicas de Salud diferentes (Tabla 10):

Zonas de Huelva	Centros de Salud	Frecuencia de profesionales
Comarca del Condado	Centro 1	18
	Centro 2	15
Huelva capital	Centro 3	12
	Centro 4	12
Campiña sur	Centro 5	13
	Centro 6	8
Área metropolitana	Centro 7	12

Tabla 14. Distribución de los/as profesionales participantes en la Técnica de Asociación Libre de Ideas por zonas de Huelva.

Dos de los profesionales captados no facilitaron sus datos personales, por lo que la siguiente descripción está referida a 88 profesionales. El 54,5% eran mujeres y el 45,5% restante hombres. El 79% se concentró en los intervalos de edad de 41-50 años (33,7%) y + de 50 años (48,8%), encontrando 4,7% de sanitarios/as de 20-30 años y 12,8% de 31-40 años. El 40,9% de los/as informantes eran enfermeros/as frente al aproximadamente 58% que eran licenciados/as en medicina y cirugía (51), de los que algo más del 50% (28) tenían la especialidad de medicina de familia y comunitaria, una persona estaba realizando la especialidad en el momento de la recogida de información y el resto (22 sujetos) no poseía ninguna especialidad vía Médico Interno Residente (MIR). En el caso de enfermería tan sólo

una persona de las entrevistadas poseía una especialidad, la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

La media de años de ejercicio profesional en Atención Primaria era de 18,26, con una desviación típica de ± 9,323, siendo el límite inferior de 1 año (2 personas) y el superior de 40 años (1 persona). Respecto al puesto profesional, la distribución se muestra en la Figura 17.

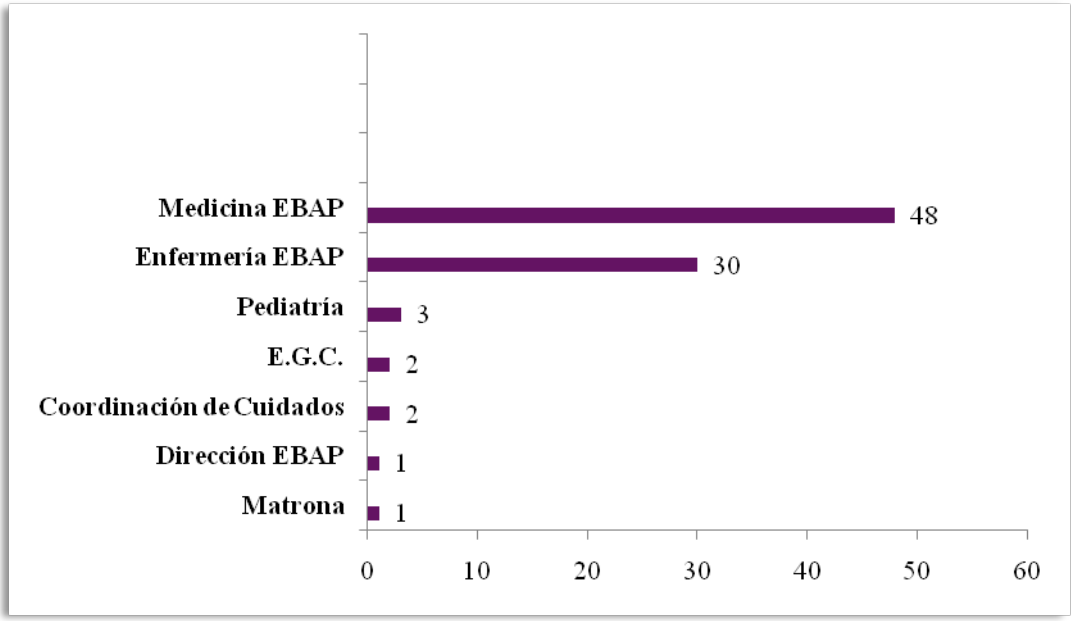


Figura 14. Distribución según el puesto profesional que ocupan en el equipo básico de salud de los informantes en la Técnica de Asociación Libre de Ideas.

4.3.3. El procesamiento, análisis e interpretación de la información

El proceso de traducir el lenguaje oral captado con medios técnicos de audio (grabadora digital) al lenguaje escrito implica pasar del uso de unas reglas a la utilización de un conjunto de normas diferentes. Bajo la premisa de que las transcripciones no son copias o representaciones de una realidad original sino que constituyen construcciones interpretativas útiles para nuestros propósitos analíticos, las hemos considerado aproximaciones a la realidad (Kvale, 1996). Las transcripciones literales de las entrevistas han sido realizadas por

dos personas ajenas a la investigación para lo que se redactó un protocolo con instrucciones que sirviera de guía común en este procedimiento. Dichas instrucciones se han basado en las convenciones de transcripción de Jefferson (1984) en el que la utilización de símbolos ayuda a capturar el lenguaje no verbal (Anexo 11). Para este proceso se ha empleado el programa F4, que nos ofrece la posibilidad de enlazar el archivo de audio o video, su transcripción y una colección de marcas temporales, posibilitando así el permanecer en contacto con los datos primarios generados por el discurso de los participantes, en el proceso de análisis de la información. Para verificar la exactitud de las transcripciones, la autora de este trabajo realizó una comparación minuciosa con las grabaciones.

Teniendo en cuenta la doble perspectiva cuantitativa-cualitativa considerada en esta investigación y el plan analítico diferenciado en función de las dos unidades de análisis se explicitará el tratamiento de la información por cada unidad de análisis, comenzando por la descripción del procesamiento cualitativo.

De esta forma, para el análisis de la información sobre las representaciones sociales la estrategia de análisis cualitativa seguida ha sido la propuesta por Auerbach y Silverstein, que divide el proceso en tres grandes etapas y que está basada en la utilización de la Grounded Theory (2003):

- Haciendo el texto manejable.
- Escuchando lo que se dijo.
- Desarrollando la teoría.

En la primera de ellas, se ha seleccionado la información de interés para dar respuesta a la tercera pregunta de investigación: ¿Qué representaciones sociales tienen los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la intervención comunitaria en salud? Esto nos ha exigido detallar claramente el propósito de la investigación en torno a esta inquietud investigadora, basándonos en el marco teórico que sustenta esta tesis. Y posteriormente, seleccionar los pasajes de datos relevantes para el análisis teniendo en cuenta este propósito. Es decir, no todo el material recogido nos ha interesado, no se ha utilizado toda la información generada en las diferentes técnicas, sino solamente aquellos párrafos vinculados a este objetivo de la investigación. Esta información se ha acotado y se han creado citas utilizadas en el proceso de codificación.

En la segunda etapa de esta estrategia analítica, el proceso de escuchar lo que se dijo, se han realizado dos tareas: registrar las ideas repetidas agrupando los pasajes relacionados de datos relevantes y organizar los temas de las ideas repetidas en categorías coherentes. Este proceso de categorización nos ha permitido simplificar a partir de dos procedimientos elementales y complementarios: la generalización, obviando las diferencias entre los elementos agrupándolos según sus similitudes, y la discriminación, identificando los rasgos diferenciales de varias entidades con la finalidad de no confundirlas. En este caso la estrategia de codificación utilizada ha sido la temática, considerando como tema lo que De Santis & Ugarriza (2000, p.362) afirman:

> A theme is an abstract entity that brings meaning and identity to a recurrent [patterned] experience and its variant manifestations. As such, a theme captures and unifies the nature or basis of the experience into a meaningful whole.

Y dentro de la estrategia de codificación temática, nos hemos decantado por la codificación focalizada, desarrollada por Chamaz (2006), que sigue a la codificación inicial en Grounded Theory y que ha servido para desarrollar categorías principales. Esto ha facilitado el desarrollo de la teoría, tercera y última etapa, creando constructos teoréticos más abstractos al agrupar los temas en estos conceptos mediante un proceso inductivo propio del método fenomenológico en el que nos estamos basando. Es decir, se pasa de lo particular y concreto del dato a la abstracción conceptual. Finalmente en la redacción de los resultados de esta dimensión de estudio se ha creado una narrativa teorética que ha pretendido contar de nuevo el proceso con los párrafos o la historia de los participantes.

Todo este proceso de análisis se ha realizado con el programa Atlas.ti 7.5.12, siguiendo la siguiente secuencia:

- Elaboración de memos metodológicos.

- Segmentación de los datos, creando citas y los primeros memos analíticos sobre esas citas, sin necesidad de codificar. Optando de esta forma por un estilo de segmentación más minucioso frente al simplemente impresionista. El objetivo ha sido descubrir ideas repetidas agrupando pasajes relacionados de datos relevantes. En el proceso de memoing, siguiendo la metodología de Grounded Theory se ha realizado un memoing inicial durante la fase de segmentación para conceptualizar los incidentes y un memoing teorético para dar soporte al tránsito entre códigos substantivos y teoréticos.

- Codificación con el sistema de Memoing (notas analíticas), desarrollado en dos ciclos: codificación sustantiva inicial y codificación teorética más abstracta.

- Creación de familias de códigos y familias de memos, agrupando las ideas y convirtiendo las familias en categorías o códigos densos con muchas relaciones con otros códigos.

- Creación de mapas conceptuales que nos han facilitado esos constructos más abstractos que nos ha llevado a la categoría prototípica, que según Eleanor Rosch (1992), es un tipo de categorización de información cualitativa que identifica los elementos más característicos, más representativos de esa categoría (prototipo), es decir, que comparte más rasgos con el resto de los elementos de la categoría y que además los hace más diferentes de otras categorías. Los prototipos son para esta autora como principios organizadores de las categorías (Cifuentes, 1992)

- Finalmente, obtención de una lista de citas resultantes de cruzar categorías. Esto ha ayudado a conformar la narrativa teorética mediante matrices cualitativas.

Así mismo, se han creado familias de documentos en ambas estrategias analíticas que nos han permitido describir los resultados en función de las categorías profesionales, los cargos directivos dentro de las Unidades de Gestión Clínica, el sexo o el tiempo de experiencia en Atención Primaria.

Finalmente, en el estudio de las representaciones sociales sobre la Intervención Comunitaria en Salud, el análisis de la información generada a través de la técnica de Asociación Libre de Ideas se ha basado en primer lugar en un análisis cualitativo manual, agrupando por categorías temáticas los diferentes términos aportados por los participantes y en segundo lugar un análisis descriptivo simple.

El método de comparación constante se utilizó en todo momento del análisis, identificando diferencias y semejanzas entre los datos aportados en las diferentes técnicas de recogida de datos.

Para el análisis de la información recogida sobre las prácticas de los profesionales de atención primaria se ha seguido la propuesta realizada por Casasempere (2015) que aparece en la Figura 18. Teniendo en cuenta que:

> La resonante naturaleza de la codificación, al comparar dato con dato, dato con código, dato a categoría, categoría con categoría, y las categorías con los datos, etc. sugiere que el proceso analítico cualitativo es más cíclico que lineal. (Saldaña, 2009, p.45)

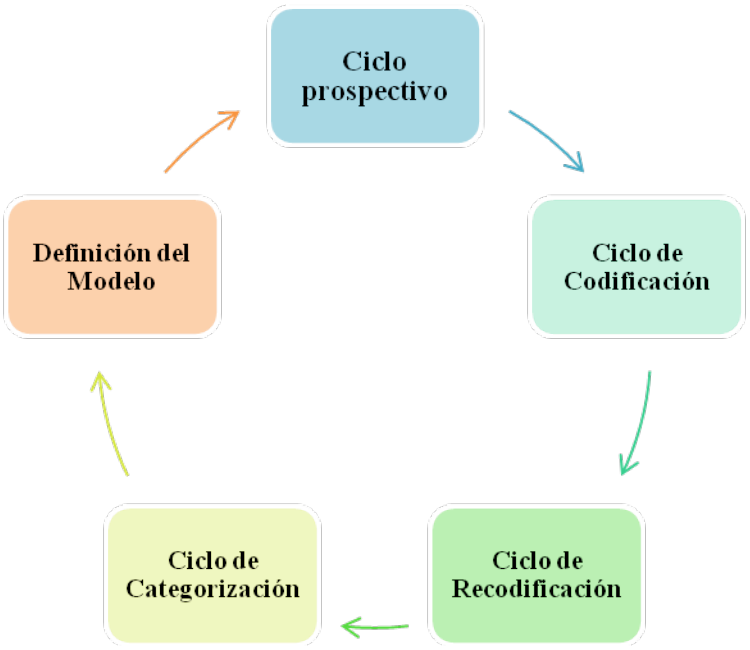


Figura 15: Estrategia analítica utilizada en el análisis de la información sobre las prácticas comunitarias en Atención Primaria

En esta estrategia analítica se inicia el proceso con un ciclo prospectivo en el que se ha realizado un análisis de contenido básico cuantitativo, basado en la obtención de la frecuencia de términos empleados por las personas participantes, sin análisis del contexto. Y después se ha realizado un proceso de auto-codificación que nos ha permitido ver la utilización de cada término en su contexto. De este primer ciclo se ha pasado al ciclo de codificación, utilizando dos herramientas: la segmentación y el memoing, creando citas y elaborando memos analíticos de forma progresiva que han facilitado la redacción de los resultados. Siguiendo las orientaciones de Saldaña (2009), se han combinado dos tipos de codificación de la estrategia elemental como la codificación descriptiva y en vivo. La primera resume en una palabra o frase corta el aspecto básico sobre el que trata un pasaje del texto; y en la codificación en vivo se han utilizado fielmente términos usados por los informantes. El siguiente ciclo de esta estrategia analítica ha consistido en agrupar los códigos y los memos en familias que nos han ayudado a elaborar las categorías iniciales o

prospectivas o proto-categorías. La definición concreta de las categorías del análisis de esta dimensión del estudio se ha realizado a través de la definición de las dimensiones de las categorías y la definición de las relaciones entre dichas dimensiones. Finalmente se han definido los límites del contexto en el que son aplicables los resultados encontrados sabiendo que en investigación cualitativa no podemos generalizar. Para el análisis de esta parte se ha combinado el procesamiento del programa informático Atlas.ti 7.5.12 con el análisis manual.

El análisis descriptivo de las actividades comunitarias declaradas por los/as informantes y observadas en la realidad, se ha basado en una estructura de categorías establecidas previamente en base al marco teórico de la investigación. Tras la identificación de las actividades comunitarias, se definieron unos criterios de inclusión para el análisis. Siguiendo las orientaciones de March & cols. (2011), pero siendo menos restrictivos que estos autores, se han considerado como acciones comunitarias aquellas que cumplan estas dos condiciones:

- Acciones de intervención o participación con el objetivo de promocionar la salud, incrementar su calidad de vida o bienestar y/o potenciar su capacidad de auto-cuidados.
- Acciones grupales que no se limiten solamente a transmitir información (charlas, conferencias…).

Una vez seleccionadas las actividades comunitarias declaradas en base a estos dos criterios, se procedió al análisis descriptivo en base al siguiente sistema de categorías:

- Origen de la Actividad Comunitaria:
    - Derivadas de los programas y estrategias de la Consejería y Servicio Andaluz de Salud
    - Parten de la demanda o necesidades de los grupos de la comunidad
- Temática
- Objetivo
- Población diana
- Lugar de realización de la actividad
- Profesionales implicados en la coordinación y ejecución de la actividad:
    - Número
    - Tipo de profesional
- Implicación de otros sectores de la comunidad no sanitarios:
    - Tipo de sectores

    - Nivel de intersectorialidad, siguiendo la clasificación de Solar & cols. (2009):
        - Informativa
        - Cooperación
        - Coordinación
        - Integración
- Nivel de participación de la comunidad
- Evaluación:
    - Tipo de evaluación
- Perspectiva metodológica:
    - Tipo de metodología: En el caso de actividades de Educación para la salud, tipo de intervenciones según la clasificación utilizada por Flores Biernet (2001):
        - Modelo informativo motivacional
        - Modelo persuasivo ecológico.
        - Modelo político-económico-compromiso
        - Modelo de participación
- Inclusión de la actividad en alguna red o registro oficial de acciones de promoción de salud.
- Aplicación de actividades comunitarias con evidencia científica en la práctica de los centros de primaria.

Todas las actividades comunitarias identificadas se incorporaron a la base de datos del programa PSPP 0.6:2 para su análisis descriptivo posterior.

4.4. Consideraciones éticas de la investigación

El proyecto de investigación del que emana esta tesis, fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad de Huelva (Anexo 12). La realización de la investigación ha tenido en cuenta los requisitos considerados para la ética en investigación definidos por Emanuel (1999) y adaptados por Barrio y Simón (2006) para la investigación cualitativa: valor social, validez científica, la selección equitativa de los participantes, el consentimiento informado, el respeto a los participantes, la proporción favorable del riesgo-beneficio y la evaluación independiente.

En cuanto al valor social, los resultados de este estudio pretenden ser útiles para la reflexión y el diseño de propuestas que amplíen y mejoren la práctica comunitaria para la consecución de uno de los objetivos imprescindibles de la atención sanitaria como es la promoción de la salud, y de uno de los derechos universales del ser humano, como es la garantía de la salud y el bienestar (ONU, 1948). Contribuir a ello, no pretende más que seguir las directrices que desde organismos internacionales y nacionales se recomienda para la orientación de la prestación de salud.

Se ha intentado realizar un proceso científico riguroso que permitiera cumplir con los criterios de validez científica desde la perspectiva cualitativa de investigación, diseñándose un plan analítico acorde con los objetivos propuestos, y realizando un análisis interpretativo de la información en consonancia con el marco de referencia.

Respecto a la selección equitativa de los participantes, se han seguido los criterios establecidos para su elección, intentando que estuviesen representados diferentes perfiles profesionales y laborales que pudieran ofrecernos discursos diversos sobre el objeto de estudio. Consideramos que no existía ningún elemento por el que unos profesionales fueran más o menos vulnerables ante el proceso de investigación. No obstante, el consentimiento informado previo a la realización de las distintas técnicas de recogida de información y la explicitación del interés de la investigadora en el trabajo de campo ha permitido a los participantes manifestar su oposición a ser objeto de estudio u observación, ante lo que la investigadora se ha mostrado cuidadosa y respetuosa en todo momento. En este sentido se ha respetado la voluntad de los informantes, se les ha comentado previamente la garantía del anonimato y la confidencialidad de la información recogida, dándole el uso para el fin que se ha obtenido. Para garantizar la máxima confidencialidad se utiliza un código para identificar a los informantes tanto en el capítulo de resultados como en las transcripciones. Con ello se ha cumplido con el requisito de razón riesgo-beneficio favorable, no encontrándose ningún otro impacto personal con el desarrollo de esta investigación, salvo la repercusión que sus discursos sobre la organización sanitaria pudieran tener.

Finalmente, la investigadora ha ido realizando una evaluación independiente de forma continua durante todo el proceso de investigación, evidenciando los conflictos de intereses y las limitaciones del estudio, introduciendo las medidas oportunas para corregirlas o ante su imposibilidad, tenerlas presentes en la fase de conclusiones del estudio.

TERCERA PARTE: INFORME DE INVESTIGACIÓN

El informe de investigación se estructura en tres capítulos, centrados los dos primeros en la presentación de evidencias de las dos unidades de análisis de este estudio: Las Representaciones Sociales sobre Intervención Comunitaria en Salud y las Prácticas Comunitarias de los/as profesionales sanitarios/as de la Atención Primaria de Huelva.

Los discursos, la asociación de ideas y la observación de la realidad nos han ofrecido axiomas en torno a concepciones, emociones, valoraciones, percepciones, opiniones, asociaciones e incluso actitudes hacia el objeto de estudio. Todo ello nos ha ayudado a construir una Teoría elaborada sobre la Representación Social de la Intervención Comunitaria de los/as profesionales en estudio, que se refrenda en la Práctica observada. Una teoría en la que se descifran varios niveles de representación progresivos, cuyas categorías y discursos se exponen en los dos primeros capítulos de este informe; para especificar las conclusiones y el modelo teorético, que emana de los hallazgos encontrados, en el último capítulo.

La exposición de los resultados y conclusiones se ha realizado siguiendo el orden de las preguntas y objetivos de la investigación. Las evidencias correspondientes a las Representaciones Sociales sobre la Intervención Comunitaria se han elaborado tomando como referencia la perspectiva de la Teoría Fundamentada en cuanto a abordar el diálogo teorético combinando las coincidencias y/o divergencias entre los resultados de esta tesis con los de otros/as autores/as. Esta opción también se ha mantenido en el capítulo de las prácticas comunitarias. En consecuencia se ha procedido a fusionar en un solo apartado las evidencias y la discusión.

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL INFORME DE INVESTIGACIÓN

DC:	Diario de Campo.
E:	Entrevistas.
EE:	Entrevista a Enfermeras/os.
EE1, EE2, EE3… :	Entrevista a Enfermera/o 1,2,3,… y así sucesivamente hasta 17.
EEGC:	Entrevista a Enfermero/a Gestor/a de casos.
EEGC1, EEGC2…:	Entrevista a Enfermero/a Gestor/a de casos 1, 2,... y así hasta 4.
EM:	Entrevista a Médico/a.
EM1,EM2, EM3,:	Entrevista a Médico/a 1,2, 3,..y así sucesivamente hasta 15.
ETD:	Entrevista a Técnico/a o Docente.
ETD1, ETD2...:	Entrevista a Técnico/a o Docente 1,2,.. y así hasta 7.
ECC:	Entrevista a Coordinador/a de cuidados.
ECC1, ECC2…:	Entrevista a Coordinador/a de cuidados 1, 2,… y así hasta 9.
ED:	Entrevista a Director/a de centro.
ED1, ED2, ED3…:	Entrevista a Director/a de centro 1, 2, 3,… y así hasta 7.
AL. . .	Entrevistado/a.
INT. . .	Entrevistadora.
EBAP. . .	Equipo Básico de Atención Primaria.
E.G.C. . .	Enfermero/a Gestor/a de casos.
EpS. . .	Educación para la salud.
TS. . .	Trabajador/a Social.
U.G.C.. .	Unidad de Gestión Clínica.
ZBS. . .	Zona Básica de salud.
ZNTS. . .	Zona con Necesidades de Transformación Social.

CAPÍTULO 5:

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD

"…lo que me interesaba era la Intervención Comunitaria. Presiento que cuando nombro ese término no saben a qué me refiero, así que mañana empezaré a preguntar directamente ¿Qué actividades comunitarias se realizan?". (DC. 19 de Octubre de 2010, pág. 19)

Objetivo específico 1. Conocer las Representaciones Sociales de los/as profesionales sanitarios/as de Atención Primaria sobre la Intervención Comunitaria en Salud

Para dar respuesta a este objetivo hemos profundizado en las evidencias, realizando un recorrido por los elementos más representativos del discurso y las ideas de los/as informantes, que sustenta la plática teorética. En el Anexo 13 aparece la frecuencia de las evidencias utilizadas por tipo de profesional entrevistado en cada apartado de este capítulo.

5.1. El significado atribuido a la Intervención Comunitaria.

La pregunta que se plantea en las Entrevistas y en la Técnica de Asociación Libre de Ideas gira en torno a ¿Qué significa la Intervención Comunitaria para ti? ¿Qué son para ti las Actividades Comunitarias en salud? ¿Cómo las definirías? ¿Qué te sugiere el término Actividades Comunitarias en salud?

La pluralidad de definiciones aportadas, tantas como informantes en la investigación, y la variedad de términos (330 palabras o locuciones aproximadamente), es la nota característica que refleja la complejidad del estudio de las Representaciones Sociales. Los rasgos y recursos utilizados en dichas expresiones, el contenido, los elementos de la Intervención Comunitaria en las que están focalizadas, el número de elementos incluidos, el significado o las asociaciones con otras actividades de la Atención Primaria… son las fuentes que han ayudado a organizar las ideas repetidas en categorías coherentes a través de la codificación temática. De este modo, emergen tres categorías principales en las que se ha estructurado la información: Propósito de la Intervención Comunitaria, destinatarios/as de la Intervención Comunitaria, herramientas para la Intervención Comunitaria. La Figura 16 muestra la red de categorías y códigos resultante en el estudio de las Representaciones Sociales en nuestra población de estudio, que se irá desgranando en los sucesivos apartados.

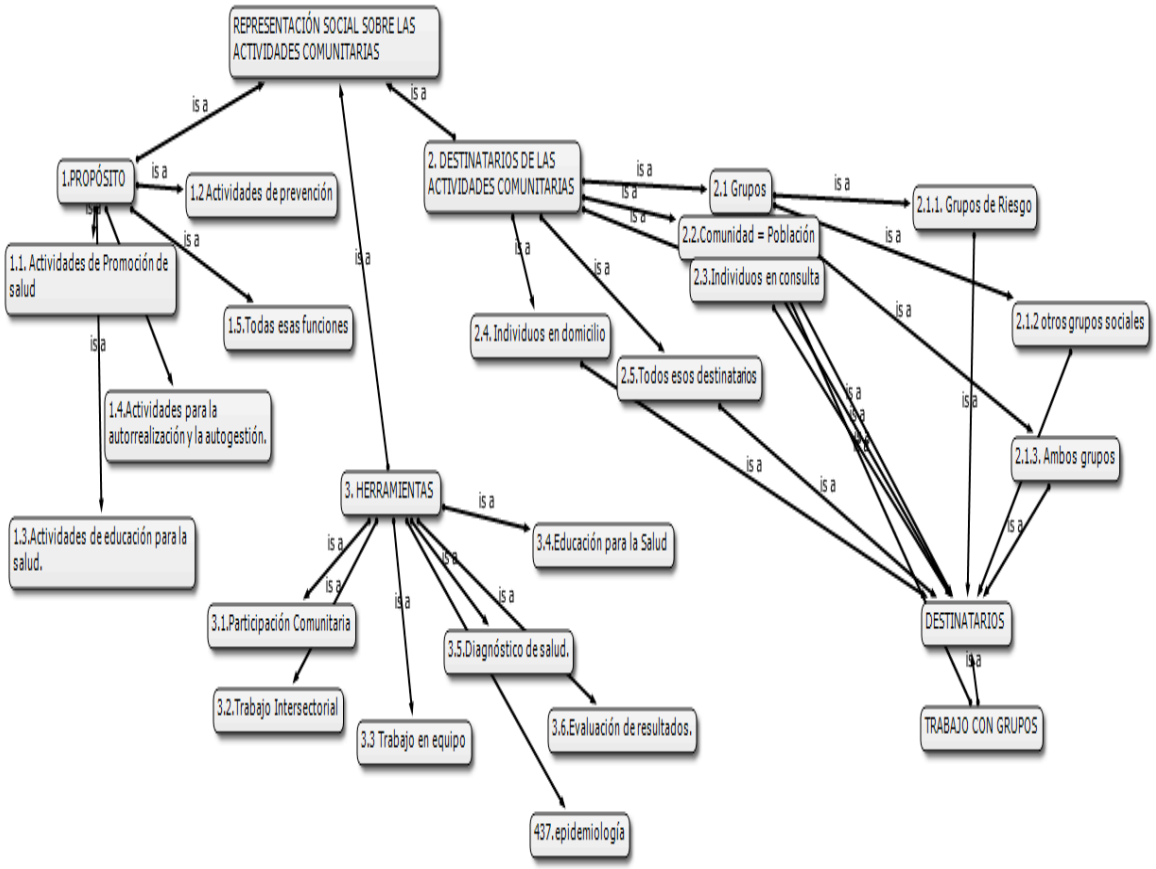


Figura 16. Red de la Representación Social sobre Intervención Comunitaria en Salud de los/as profesionales sanitarios/as de Atención Primaria de Huelva. Atlas.ti.

Antes de pasar al relato resultante de esta categorización, es interesante mencionar expresiones y asociaciones facilitadas por los/as profesionales que nos han sugerido, por una parte, desconocimiento previo sobre el ente interrogado, inseguridad, duda, y por otro lado, una concepción fundada en elementos alejados de lo que hemos definido y delimitado en nuestro marco teórico como Intervención Comunitaria. Todas estas expresiones podríamos tipificarlas como nociones no certeras o erróneas. Los/as profesionales nos ofrecen ideas en las que se pone de manifiesto su desconocimiento del término, solicitando aclaración acerca de la expresión sobre la que se le interroga. A la vez, responden justificando su desconocimiento por no asumir esta función como suya, atribuyendo la competencia en estas acciones a otros profesionales del equipo de salud.

> "Le mostré mi interés por saber si durante su formación de MIR había recibido alguna sesión sobre estos contenidos. Me dijo que no, que ellos dieron un módulo de Entrevista Clínica, Salud Ambiental y Estadística, y después pasaban por los diferentes servicios. No obstante, él me insistió que no sabía realmente a qué me refería cuando hablaba de Intervención Comunitaria…(DC, 31 de enero de 2011, pág. 128).

> "A primera hora, nada más llegar, me fui en busca del Coordinador de Cuidados para charlar con él, como habíamos quedado en días anteriores. Le explico que mi interés estaba centrado en la Intervención Comunitaria que se hacía desde el centro. Me puso una cara de estupefacto y me preguntó que a qué me refería con la Intervención Comunitaria. Tras una brevísima explicación, él entendió que me refería a los programas que se llevan a cabo y empezó a hablarme del Programa de Espirometría y Retinografía, como los dos programas más novedosos de reciente incorporación. Aquí es cuando me doy cuenta que ni idea y decido preguntarle directamente por los programas de salud concretos". (DC 20 de enero de 2011, pág. 117).

> "*exactamente no sé a lo que se refiere, me imagino, no sé. ¿Actividades Comunitarias?, por eso te decía que yo no sé si exactamente nosotros podemos… yo lo entiendo como los temas que hacemos fuera de nuestro trabajo a nivel de problemas sociales ¿puede ser?... pienso que a lo mejor te interesaba más hablar con la trabajadora social que es la que lleva los temas éstos…"* (EM15).

La asociación de la Intervención Comunitaria con los aspectos sociales parece relegar a los/as profesionales de enfermería y medicina a un segundo plano en estas acciones, perdiendo el enfoque integral que la Atención a la Salud debe tener. Eludir la responsabilidad que cualquier sanitario/a tiene en la triple dimensión que engloba el término Salud, supone por un lado, situarse en el enfoque biologicista y biomédico instaurado en nuestro Sistema de Salud y en la representación de nuestros/as profesionales, y por otro lado, en la ausencia de un efectivo trabajo en equipo desde la Atención Primaria. Trabajo compartimentado en el que cada profesional realiza su tarea sin la interdependencia e interacción necesaria para ofrecer una atención integral, global y de mayor calidad. Algunas expresiones parecen indicar que las acciones comunitarias no forman parte de la agenda de determinados/as profesionales de la Atención Primaria:

> "La trabajadora social (TS) insistía que ella era la responsable porque ella es la que está formada y yo insistía que en los planes de estudio de Enfermería estaba incluido este contenido y qué desconocía la formación de los médicos especialista pero que su denominación era familiar y comunitaria. El coordinador de cuidados mencionó la imposibilidad de que enfermería participara "*Para que se vayan con ella (*por la TS) *hay que cerrar agendas a costa de las otras compañeras".* La TS intentó suavizar la situación y comentó que "*poco a poco se van incorporando"* (DC, 2 de Noviembre de 2010, pág. 34).

Las locuciones que responden a las cuestiones planteadas con otra pregunta, indican estrategias inteligentes para conseguir pistas que ayuden a no desatinar en las respuestas.

> *"A mí me gustaría que tú me explicaras en un principio qué es lo que entiendes tú por actividades comunitarias ¿sabes?.¿Se refiere a trabajar en determinados programas con, con la gente del pueblo?, me imagino, ¿o con asociaciones, o con...?¿ A qué te refieres?, es que no…"* (ED4).

Los discursos contienen expresiones que hacen un recorrido por las acciones desarrolladas en Atención Primaria, tal vez en busca de un asentimiento por parte de la entrevistadora que les ayude a situar la Intervención Comunitaria. Estas expresiones podríamos calificarlas como expresiones de rodeo o circunloquios.

> *"Las actividades comunitarias, ¿te refieres a los grupos, a asociaciones de vecinos, a lo del tema de adolescentes ¿no? ¿a grupos?... porque está el tema de las visitas domiciliarias ¿no? que es ya más individualizado, y luego ya está lo que es el tema de los grupos ¿no? grupos como tema sociedad de vecinos, donde va enfocado a grupos, adolescentes, ya en forma de grupo, es un atención grupal, y atención individualizada, tema tanto visita domiciliaria, como a lo mejor el tema de los colegios; ya lo que es la consulta de enfermera en los colegios, que ya se puede captar de forma individual a adolescentes. El tema de, a los crónicos pero ya en la consulta. Pero yo lo veo más enfocado mejor a los grupos, no sé si tú lo tienes así"* (EE3).

Todas estas manifestaciones no dejan de ser expresiones dubitativas sobre el término planteado, incluso aquellas que aún, identificando correctamente los elementos de las acciones comunitarias, siguen planteándolos bajo interrogación o suposición.

> "*Trabajo con la población ¿no?. Trabajos con grupos de población, trabajo en asociación de vecinos ¿supongo?, centros de día, centros de mayores, centros que tengan… o colegios, institutos ¿supongo que te referirás a eso?"*(ED14).

> *"¿Qué me evocan las actividades comunitarias?. Pues mira una cosa fundamental que no sé si viene a cuento o no. La educación sanitaria es fundamental. Y es una de las cosas que yo pienso, es una asignatura pendiente que tiene todavía la Consejería de salud. Esto, a lo mejor, no es lo que tú me has preguntado, pero bueno…"* (ECC10).

Dentro del bloque de definiciones en las que se establecen asociaciones con aspectos no incluidos en la conceptualización normativa de la Intervención Comunitaria, se recogen expresiones que generalizan la Intervención Comunitaria a toda actividad que se realiza en Atención Primaria, tanto en el centro como en domicilio, de forma individual o grupal. Expresiones puestas en boca de los/as propios/as informantes dedicados/as a la actividad asistencial, o bien emitidas por algún/a técnico/a o docente que hablan desde su percepción, sobre la concepción más extendida entre los/as profesionales. Se aportan como evidencias tres fragmentos y una parte del diálogo entre entrevistadora (INT) y entrevistado/a (AL) que corroboran esta asociación.

> *"Actividades comunitarias son todo lo que hacemos en Atención Primaria, lo que pasa es que las podemos hacer en domicilios, las podemos hacer en, trabajar con la comunidad, en el centro "*(ECC6).

> *"Tanto las consultas que están citadas en el centro, como las urgencias que vienen al centro, como las que se han generado fuera del centro a una distancia determinada y los domicilios; lo que yo atiendo, lo que yo entiendo que es atender a la comunidad a la que tú estás prestando servicio (.) Otra cosa, yo más no sé, yo no tengo otro conocimiento, porque yo llevo en primaria cinco años, lo que puedo ver es eso"* (EE2).

> *"**INT:** ¿Entiendo, por lo que me has dicho que, todas las actividades que se realizan en el centro de salud, se podrían considerar como actividades comunitarias, o hay*

algunas que tienen más orientación que otras?
***AL:** Hombre, gran parte, todas, todas, todas, tú sabes, hay algunas, hay algunas que se orientan a cosas muy concretas, pero en general, todas tienen un, un gran perfil a la comunidad prácticamente. O sea hay veces que incluso las consultas es directa. Nosotros tenemos un grupo de trabajo, una comisión de participación ciudadana y entonces ahí la consulta es directa. Y otras veces aunque no sea tan directa, pero no deja de ser con un enfoque comunitario, entonces yo creo que la inmensa mayoría, la inmensa mayoría"* (ED9).

"Yo creo que se asocia Atención Primaria a comunitaria, todo lo que la enfermera hace fuera del hospital es comunitaria aunque sea atender a un individuo concreto en su consulta pero ya eso es comunitario porque se hace en el ámbito extra hospitalario. Como el mundo se divide en extra hospitalario y hospitalario y todo lo que es extra hospitalario es comunitario porque está la comunidad allí ésta es... sí, no hay la concepción de que yo puedo estar en un ámbito comunitario pero en ese ámbito estoy haciendo una intervención individual,…" (ET4).

Hay otras manifestaciones en los discursos que asocian la Intervención Comunitaria en Salud a todas las actividades relativas a los distintos Programas que están instaurados en las Unidades de Gestión Clínica, con independencia de si tienen una finalidad curativa, preventiva o de Promoción de Salud, tal vez guiados por la consideración de los programas como estrategias de intervención sobre la comunidad.

"Hay algunos programas a nivel comunitario como son todo lo de la planificación familiar, lo de citología y también temas de embarazos que eso está enfocado un poco…" (EM11).

"El programa antitabaco, programas de seguimiento de embarazo o de, de… yo que sé de cualquier programa que nosotros… de citología, de procedimiento de cáncer de cérvix de y tal, lo considero yo como actividades comunitarias ¿no?"(EM14).

En la técnica de Asociación Libre de Ideas igualmente se mencionan términos que aluden al vocablo genérico de Programa o directamente se nombra algunos de los diferentes programas que se estaban desarrollando en esos momentos en el nivel de Atención Primaria, sin tener en cuenta si poseen orientación comunitaria o no. Lo que pone de manifiesto una vez más, la desorientación de los/as profesionales sanitarios/as respecto a la Intervención

Comunitaria en Salud y lo que ello supone en su práctica diaria. Dichos términos son: *Programas, Programas de salud, Educación maternal, Vacunación, Planificación familiar, Programa de detección precoz de cáncer de cérvix, Forma Joven…* (Anexo 14).

Nuestro objeto de estudio también se vincula con todo aquello que se realiza fuera del centro de salud, en el espacio de la comunidad, en el domicilio, en la calle… En esta línea, la extracción de Códigos Inductivos de los discursos nos guían hacia una igualación de las actividades comunitarias con las actividades ejecutadas fuera del centro, presente en el mensaje principalmente de enfermeras/os. Esto está íntimamente relacionado con la consideración de las actividades comunitarias que se realizan *en* los espacios de la comunidad, en el hogar, en los colegios, en la calle… *sobre* ella, pero no necesariamente *con* ella.

> *"Yo cuando llegué aquí hace tres años tenía más tiempo que ahora para dedicarle a la calle. Y cuando yo hablo de la calle, hablo de las actividades de la comunidad, lo que pasa es que es más coloquial".* (EE9).

> *"*Le explico lo mismo que a las dos directoras y le insisto en mi interés por la parte de Intervención Comunitaria que es la que concierne a la asignatura que voy a impartir. A lo que él comenta: Intervención Comunitaria es todo lo que la enfermera hace fuera del centro. Yo le matizo que la materia se divide en dos…" (DC, mayo de 2010, pág. 2).

Otras/os informantes, en cambio, aclaran y matizan la distinción entre trabajar en la calle y trabajar con la Comunidad, incorporando otras acciones que se alejan de la visita asistencial en el domicilio, y que incluirían otros elementos de la Intervención Comunitaria como es la Educación para la Salud.

> "*No tiene nada que ver con la, con que yo vaya a la calle a ver a un paciente, no es un trabajo con la comunidad. Yo me refiero pues a charlas, talleres, a cosas así que se puedan hacer por la Comunidad"* (ECC7).

Hay que destacar aquellas concepciones que sin estar fundadas en una elaboración definitoria formal sobre el término Intervención Comunitaria, se basan en el recurso

didáctico de los ejemplos para evidenciar su conocimiento sobre el término. Poniendo de manifiesto que se refieren a actividades dirigidas a grupos, especialmente con alguna problemática de salud, pero también enfocadas a las asociaciones como unos de los colectivos existentes en la Comunidad con los que hay que trabajar. En todos los casos, es de destacar el carácter educativo de dichas acciones con independencia de los/as destinatarios/as

> "*Hombre, pues normalmente lo que algunas veces solemos organizar, dar charlas a asociaciones como se ha hecho algunas veces o coger como se está haciendo grupos por ejemplo de tabaco, como se están haciendo también ahora con un grupo de fibromialgia que se le están dando una serie de orientaciones, se está haciendo también con los diabéticos. Cosas que antes eran inexistentes, se está haciendo el tema de la salud escolar, ir a los colegios o la educación joven que lo llevan algunos compañeros en el instituto"(EM10).*
>
> *"Porque la Intervención Comunitaria hoy se traduce en actividades con las asociaciones, charlas…"* (DC, 18 de noviembre de 2010, pág. 65).

De igual forma, en los términos generados a través de la Asociación Libre de Ideas se asocian las Actividades Comunitarias directamente con los términos: *Escuela de pacientes, intervención tabáquica, programas de radio y TV locales, talleres de fibromialgia…* aspectos recogidos en la agrupación realizada por categorías de análisis (Anexo 14).

Por último, mencionar dos códigos en vivo que nos ofrecen dos niveles de representación diferentes. El primero de ellos, por su obviedad, nos está indicando un nivel de representación muy bajo sobre el concepto clave. La utilización de los mismos términos de la pregunta formulada para dar una definición indica una escasa elaboración del constructo. En esta primera definición se percibe además una similitud entre los términos de comunidad y la población como destinatarios de la acción comunitaria. En cambio, en la segunda de las definiciones en vivo extraídas del discurso de los/as informantes se aprecia un nivel de representación más avanzado. El hecho del trabajo con la comunidad implica una colaboración, coordinación conjunta con organismos de la comunidad, claves en cualquier proceso de participación comunitaria o incluso de trabajo intersectorial.

> *"Lo que yo entiendo es que atiende a la comunidad determinada, a la que tienes asignada en el centro donde trabajas."* (EE2).

"Pues trabajar con la comunidad" (EE9).

La inexistencia de investigaciones similares al estudio de las Representaciones Sociales sobre la Intervención Comunitaria en Salud en su globalidad, justifica la ausencia de referencias coincidentes o divergentes sobre las evidencias de los resultados mostrados hasta el momento. Las conclusiones de los estudios centrados en elementos aislados y constitutivos de nuestro objeto de estudio irán siendo reseñados conforme aparezcan mencionados en la presentación de las siguientes evidencias.

A continuación, iremos comentando los elementos más significativos de la matriz cualitativa (Anexo 15) que recoge la lista de códigos en filas y las familias de documentos en columnas, combinándola con la tabla de frecuencia de términos generados a través de la Técnica de Asociación Libre de Ideas (Anexo 14). Como decíamos anteriormente, emergen elementos referidos a las tres categorías en la que se ha estructurado la información. En los discursos y en la asociación de ideas surgen términos relativos al propósito de las actividades comunitarias; en ocasiones los/as destinatarios/as son el centro de la definición y de los vocablos solicitados a los/as participantes; pero en mayor medida las concepciones y palabras pivotan en alguna de las herramientas utilizadas en la acción comunitaria. Seguiremos esta secuencia en la presentación de las evidencias.

5.1.1. La Intervención Comunitaria a través de sus propósitos

La Figura 17 muestra la Red de Códigos relativa a la categoría Propósito, que hemos extraído de la red principal.

Siguiendo las orientaciones legislativas y científicas que delimitan los objetivos de la Intervención Comunitaria en Salud, definidas por el RD 1030/2006 y por March & cols. (2011), el propósito fundamental de estas acciones es la Promoción de la Salud.

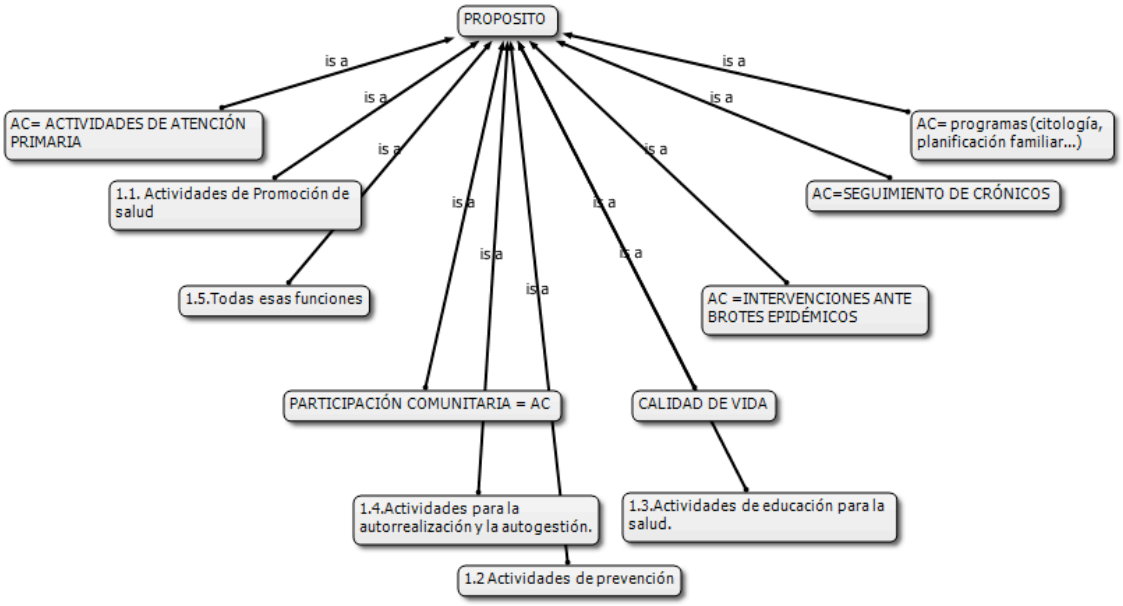


Figura 17. Red de códigos de la Categoría Propósito de la Intervención Comunitaria. Atlas.ti.

En nuestro estudio, la concepción de que la Intervención Comunitaria principalmente está referida a acciones de Promoción de Salud aparece de forma más clara en las entrevistas con las/os enfermeras/os de base y con aquellas/os que ocupan algún cargo directivo, ya sea de Coordinación de Cuidados o de Dirección de Centro (Anexo 15).

A lo largo de los discursos, se van desmenuzando los propósitos atribuidos a las acciones comunitarias entre los que se indica la mejora de la calidad de vida de las personas en su entorno social, para lo cual, desde los servicios sanitarios, deben facilitarse a los diferentes colectivos que integran la comunidad, los conocimientos y habilidades necesarios para que sean capaces de contribuir eficazmente a mantener y aumentar su nivel de salud.

> *"Hombre, pues es promocionar la salud en la fase en que esté, en las personas en su propia realidad. Es decir, si es en la escuela, pues es en la escuela."* (ECC12).

> *"Pues no sé, quizás esa oferta de, una oferta de servicio, pero de servicio orientado principalmente a lo que es la promoción y el fomento, o sea de la Promoción de la Salud. Todo orientado a la salud. Yo no entiendo una actividad comunitaria como prevención de la enfermedad, sino como eso, es darle los mecanismos a la población para aumentar su salud, para que vivan mejor, con más calidad de vida"* (ED2).

Aflora además la referencia al papel activo que los/as profesionales sanitarios/as deberían tener en la estrategia de Promoción de la Salud en cuanto a la creación de entornos saludables y como inductores o demandantes en otros sectores sociales de acciones dirigidas a la mejora de la salud de la población.

> *"Si es verdad, eso, que si a lo mejor tú detectas que el polígono tal, hay mucha gente con problema de de-ambulación, que no salen a la calle por tal, pues a lo mejor la Intervención Comunitaria es hablar con el concejal de turno que mejore los accesos ¿no sé?"* (EM3).

En la técnica de Asociación Libre de Ideas, emerge el término Promoción de la Salud con menor frecuencia que otros términos asociados al concepto de Intervención Comunitaria y que en definitiva son el objetivo de estas acciones: *Salud, acercar la salud a los ciudadanos, búsqueda de la salud, actividades dirigidas a mejorar la salud de la comunidad, mejorar la calidad de vida, bienestar, hábitos saludables, estilos de vida saludables, actividad física, alimentación….* En el proceso de análisis lo hemos reunido bajo el mismo grupo conformándose así una de las categorías que contienen más palabras o locuciones aportadas por los/as profesionales de Atención Primaria (Anexo 14).

Sin embargo, en general, los/as profesionales de medicina y enfermería, con cargos directivos o sin cargos, vinculan la Intervención Comunitaria a acciones de Promoción de Salud y Prevención de la enfermedad de forma conjunta. Mientras que la asociación con actividades de prevención en exclusiva, está más presente en el discurso de los/as profesionales de medicina que en los/as de enfermería. Apareciendo con mayor frecuencia en la técnica de Asociación Libre de Ideas, los términos de: *Prevención, Prevención de riesgos y Prevención en salud.* Tal vez, a los/as sanitarios/as les cueste distinguir las actividades preventivas de las de promoción, como han interpretado Ramos, Martínez, Fernández y Del Pino (2013) en su estudio de validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP). La alta concordancia encontrada en las respuestas a los ítems de prevención y promoción del cuestionario les hizo suprimir una dimensión y agrupar bajo una misma expresión las actividades de prevención y promoción.

"*Yo entiendo la atención comunitaria], sobre todo, fundamentalmente, como Centro de Salud que nos llamamos, es una intervención de promoción, promoción y prevención,…"* (EEGC1).

"Pues todas las que se desarrollan con la comunidad, normalmente son actividades que están más orientadas a lo que es la prevención, no voy a decir de las enfermedades concretamente pero sí, pero sí de enfermedades y de todos aquellos factores de riesgo de la índole que sea que van encaminadas a producir algún tipo de enfermedad, entonces incluyendo también por ejemplo, lo que son estilos de vidas y demás, esas son las actividades comunitarias, las que se desarrollan realmente con la comunidad en todos esos aspectos…" (ED15).

"Pues supongo que la intervención que podemos hacer los sanitarios a nivel de la comunidad, tanto… cuando yo era residente hacíamos por ejemplo hacíamos charlas para prevención de accidentes domésticos, sobre la violencia de género, supongo que va un poco por ahí la cosa ¿no? … Claro, con los objetivos pues eso de prevenir accidentes domésticos, la violencia de género o buenas medidas higiénicas en la población" (EM13).

No obstante, en otros discursos se expresa cierta contradicción entre lo que los/as profesionales sanitarios/as estiman como algo deseable respecto actividades de Promoción de Salud y Prevención, y lo que son las líneas estratégicas de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en las que parece ser que no se contemplan este tipo de acciones.

"Hombre, yo creo que podríamos meter varios, uno de los que muchas veces comentamos que nos faltan ahora que parece que las líneas estratégicas a las que nos llaman la Consejería parece que no van empujando por ahí, fundamentalmente sería hacer Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad fundamentalmente yo creo que debería ser ese pero que notamos que no nos empujan en esa línea o no lo suficiente, quizás tenga su justificación clara ¿no?" (ECC13).

Tan sólo en el discurso de aquellos/as profesionales vinculados/as a la Promoción de Salud en los Distritos Sanitarios encontramos un nivel más elaborado de representación social respecto a su propósito. Dos fragmentos que sitúan a la Intervención Comunitaria con el fin de hacer autónomas a las personas en su propio cuidado, en el fomento del autocuidado de la

comunidad y en la necesidad de girar nuestra mirada hacia los factores protectores que generan salud, para conseguir una perspectiva positiva de la Atención Sanitaria. Ideas en consonancia con el modelo salutogénico que sustenta la acción comunitaria (Antonovsky, 1996; Morgan & Ziglio, 2007) y acorde con la definición de March & cols. (2011) de capacitar a las personas y grupos para abordar sus propios problemas, demandas o necesidades de salud. En otros discursos, estos aspectos tan importantes en todo lo que implica la Intervención Comunitaria tienen una presencia anecdótica.

> *"Lo de las actividades comunitarias ¿Qué son? Bueno yo he hablado de una cuantas actividades de las que asumo que toda esa participación en programas de salud, en actividades vamos fundamentalmente eso, que trabajan activos en salud, de actividades de Promoción de Salud, actividades de prevención también…"* (ET1).

> *"Pues yo diría de las actividades comunitarias en Atención Primaria que son una herramienta, son una herramienta para potenciar la capacidad de los individuos y las comunidades a gestionar su propia salud y sus propios recursos de salud"* (ET7).

5.1.2. La Intervención Comunitaria a través de sus destinatarios/as.

La Figura 18 muestra la red de esta categoría.

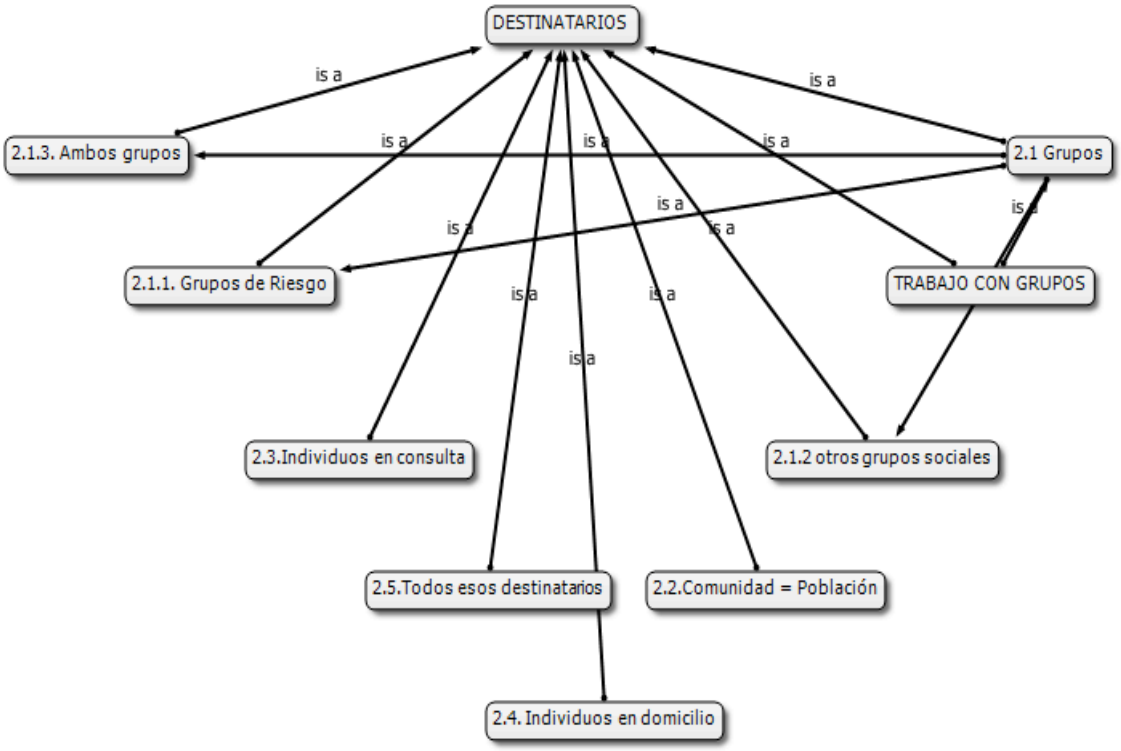


Figura 18. Red de códigos de la categoría Destinatarios/as de la Intervención Comunitarias. Atlas.ti

Las evidencias que se observan en esta segunda categoría de los/as destinatarios/as de la Intervención Comunitaria muestran destacadas coincidencias con los resultados descritos en la categoría anterior de propósitos de la acción comunitaria. En general, los/as profesionales entrevistados/as conciben el trabajo comunitario como una actividad con grupos, en contraposición a la asistencia clínica dirigida al individuo.

> *"El trabajo con la comunidad se ha perdido más que nada porque se hace más a título individual. Si se hiciera más a nivel de grupo, sería atención a la comunidad"* (EM11).

> *"Las actividades comunitarias yo las entiendo como todas aquellas que realizamos con la comunidad de forma grupal no de forma individualizada"* (ED15).

"Vamos a ver, pues cualquier tipo de actividad que, que vea, que digamos que el eje de la atención, que el centro de la atención no sea el individuo sino que sea pues un grupo humano, más o menos grande ¿no?"(EE14).

En el discurso de los/as médicos/as se alude de forma clara y más concreta, al trabajo con grupos de riesgo, por poseer algún factor o enfermedad asociada para otros procesos mórbidos (Anexo 15). Lo que estaría íntimamente relacionado con la consideración de las actividades comunitarias con una finalidad preventiva. Hecho que ya se reflejó como el principal propósito de la Intervención Comunitaria para este grupo de profesionales.

"Para mí, Intervención Comunitaria significa hacer un grupo de la comunidad de pacientes que tengan en común una determinada enfermedad o un determinado problema, de ese determinado problema hacerle una información…" (EM1).

Sin embargo, la consideración de otros grupos sociales, como asociaciones, instituciones, administraciones…, conformados con independencia del Sistema Sanitario, está latente en aquellos/as que consideran que la Intervención Comunitaria tiene el fin de mejorar la salud en general y no sólo prevenir la enfermedad: Enfermeras de base, Enfermeras Gestoras de Casos y Coordinadoras de Cuidados (Anexo 15).

"…Y con la comunidad, en cuanto a intervenir con las diferentes entidades sociales que existen, como son las asociaciones de vecinos o las fuerzas vivas de una población…" (EEGC1).

"Lo que hacemos, la palabra lo dice con la comunidad, todo lo que se hacía en grupos, todo lo que hacemos en centros educativos, en centros de mayores, ese tipo de actividades. Eso englobaría lo que es con la comunidad" (ECC13).

No obstante, la inclusión en la concepción de la Intervención Comunitaria, de la atención simultánea a los dos tipos de grupos, los de riesgos y los grupos sociales, aparece también en las declaraciones recogidas en forma de ejemplos de actividades comunitarias concretas.

"Pues yo pienso de… por ejemplo dar charlas a nivel de instituto, de grupos de asociaciones, yo sé por ejemplo que la asociación de Alzheimer de aquí va bastante bien y si que se dan charlas y todo eso, a nivel de grupos de pacientes, de fibromialgia, o sea que a esos niveles entiendo atención comunitaria, entonces pues a esos niveles" (EM8).

"Pues de algún taller que podamos hacer, con los pacientes diabéticos o con la gente de los institutos, en educación sexual por ejemplo" (EE17).

Las evidencias recogidas en los distintos discursos son coincidentes con los hallados a través de la Técnica de Asociación Libre de Ideas. El conjunto de palabras que hacen mención a los/as destinatarios/as de la Intervención Comunitaria es muy nutrido (Anexo 14), y principalmente focalizados en el término *Grupos*. Emerge en igualdad de frecuencia las expresiones *Grupos de riesgo* y *Grupos sociales*. Sin embargo, son más prolíferos en la identificación de otros léxicos vinculados a esta categoría: *Comunidad, Familia, Población, Sociedad, Barrios, Asociaciones, Colectivos, Colegios, Escuela, Instituciones, Domicilio, Mayores, Dirigidos a personas/colectivos y familia…*

La alusión a una de las perspectivas del concepto tradicional de Comunidad, referida a la dimensión territorial/espacial/demográfica que la conforma como un conjunto de individuos que residen en un mismo lugar o zona (Marchioni, 1987; Turabian, 1992; Escartín, 1998; PACAP, 2009), también emerge en el discurso de los/as informantes, indistintamente en enfermeras/os y médicos/as. La definición genérica de las actividades comunitarias como las que se realizan con la comunidad, nos invita a profundizar en el significado atribuido al término de Comunidad, encontrándonos mayoritariamente con que las personas informantes manejan indistintamente el término Población cuando se refieren a la Comunidad (Pérez & Merino, 2012). Esta equiparación explica la consideración de la acción comunitaria como todo aquello que se realiza en el Centro de Salud: seguimiento de crónicos, todas las actividades de Atención Primaria, las actividades relacionadas con los programas de planificación familiar, citología, retinografía… Bajo esta apreciación subyace que la atención comunitaria también es atención individual. Aunque la atención prestada sea individual, pero va dirigida a todos los miembros de la población de la Zona Básica de Salud, a toda la comunidad. Este hallazgo es coincidente con los expuestos por Duro Martínez (2003) en relación al discurso de los/as profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos. La concepción que sobre los grupos

subyace en los/as participantes de su estudio, principalmente en los/as profesionales de medicina, es la consideración de éstos como la suma de individuos, lo que determinará las estrategias de intervención grupal.

> *"[Que atiendes a una comunidad]. Lo que yo entiendo es que atiendes a una comunidad determinada, a la que tienes asignada en el centro donde trabajas"* (EE2).

> *"Las actividades comunitarias, pues es todo lo que se realiza para y por la comunidad ¿no? A fin de cuentas es nuestro trabajo, en resumen es nuestro trabajo. Nosotros, nuestro, nuestro material por decirlo de alguna manera son las personas, la población y es la comunidad. Y además la atendemos en todos sus ámbitos en plan ambulatorio, en plan domiciliario, en plan pues eso, en plan de grupos, en fin. La comunidad es nuestro objetivo, es nuestro principio y nuestro fin, a fin de cuentas pienso yo"* (ECC10).

> "*Yo en principio lo veo bien porque yo creo que la mayoría de la actividad comunitaria la hacemos aquí, el tú a tú con el paciente. Yo creo que el paciente le echa más cuenta muchas veces al… sobre todo si llevas 23 años con ellos, le echa mucho más cuenta a lo que tú le has explicado que lo que te puedan explicar en un grupo, o sea aparte de que vaya independiente aquí esto de la consulta le suele influir mucho en los pacientes"* (EM10).

Finalmente, destacar un aspecto muy importante latente en la concepción de la Comunidad como destinataria de la Atención de Salud, con relevante repercusión en dos elementos imprescindibles para la Intervención Comunitaria, como es la Participación Comunitaria y la Educación para la Salud. Nos referimos a la atribución de un papel activo o pasivo a dicha comunidad en su propio proceso de salud. Fundamentalmente emerge la consideración de un conjunto de individuos a los que hay que dárselo todo hecho porque la identificación de sus necesidades está en manos de los/as profesionales sanitarios/as, poseedores del conocimiento frente a la ignorancia de las personas que integran la Comunidad. En consecuencia, se pone de manifiesto el predominio de un Modelo prescriptivo en la manera de abordar la salud y sus determinantes.

> *"todas esas medidas preventivas sobre todo ¿no?. Y sobre todo de dar conocimientos a la población en aspectos que desconocen de todo tipo. En la radio hemos hablado de todo; desde lo que es, qué hay que hacer cuando tienes una urgencia, a charlas de*

alimentación, de vacuna, charlas sobre el mal uso de los servicios de urgencia, charlas sobre, sobre todo, yo creo que se puede, multitud de cosas. Muchas veces la población pues no hace las cosas muchas veces por desconocimiento" (EE5).

"informar, educar a la población no solamente a un paciente determinado, se hacen una serie de actividades que tú puedas transmitirles a la población los beneficios, los riesgos de determinadas conductas, de determinadas formas de vida y para mi creo que es lo más importante, hay muchas cosas pueden haber conferencias,…" (EM11).

En un número reducido de informantes se hace explícita la necesidad del activismo de la comunidad para generar realmente salud, para fomentar el empoderamiento de la misma desde sus propias prácticas o desde la participación efectiva en las acciones comunitarias. Denunciando a la vez, el escaso protagonismo que tienen la comunidad en la programación de la Atención de Salud.

"Yo lo entiendo como el que la propia comunidad como sujeto activo, como sujeto activo intervenga en las decisiones que afecten a su salud como comunidad por eso quizás su ámbito está muy relacionado con lo que son, con lo que es la epidemiologia en el sentido de, entendiendo la epidemiología como lo que afecta a la comunidad independientemente de los individuos aislados, sino el análisis de…" (EM2).

"Para mi pues, son las actividades o programas en los que el protagonista es el personaje que tenemos enfrente de la comunidad, yo creo que hay que centrar el protagonismo en el que tenemos enfrente, con su problema o su perspectiva" (ET1)

5.1.3. La Intervención Comunitaria a través de sus herramientas.

El tercer elemento de la categorización integra las concepciones en las que los/as profesionales ponen el acento en cómo hacer Intervención Comunitaria; en lo que se consideran herramientas o instrumentos para hacer efectiva esta dimensión del cuidado. Muchas veces se confunden algunas de estas herramientas con el propio término de Intervención Comunitaria.

5.1.3.1. La Educación para la Salud como expresión de Intervención Comunitaria

La Educación para la Salud (EpS) es una de las herramientas comunitarias que mayor condensación de códigos y términos presenta (Anexos 14 y 15). Las actividades comunitarias se identifican con las actividades de EpS. Esta similitud entre ambos términos ya había sido reflejada en el estudio de Ramos-Argüelles & cols. (2010) con los profesionales de Atención Primaria de la región de Murcia. Aunque de manera específica, se identificaba más con el término Promoción de la Salud. La consideración de las actividades comunitarias como acciones de EpS ha sido más frecuente entre los/as profesionales de medicina que en los/as de enfermería.

> *"Las actividades comunitarias son las que se hacen aquí para Educación para la Salud, en el tema de diabetes, en cuidados de pies, en dietas, en tema de obesidad"* (EM9).

> *"todas las actividades comunitarias llevan un punto educativo para todas aquellas personas que asisten, yo creo que es una base importante en todas las actividades comunitarias, la parte educativa"* (ED15).

> *"Se refiere, yo creo que al tema de prevenir, el dar información, el educar, hay que prevenir muchas cosas"* (EM7).

Aunque prevalece la concepción de una educación sanitaria grupal, también hay informantes que aluden a la intervención educativa de forma individual como modalidad de actividad comunitaria.

> *"Vale, para mi actividades comunitarias es desde el primer paciente que entra en la consulta, vale que tú le das un consejo sobre cualquier cosa, consejo dietético, consejo sobre ejercicio, consejo sobre su diabetes, sobre su tensión ¿vale? Hasta las actividades que se realizan a nivel comunitario, véase charlas informativas que muchas veces se dan en institutos, Fórmula Joven por ejemplo, las charlas de obesidad que se dan aquí en el centro…"* (EM14).

Para el conjunto de las personas informantes, las actividades comunitarias como acciones de EpS con carácter individual o grupal tienen como objetivo principal la transmisión de conocimientos. Esta concepción situaría a los/as profesionales en el enfoque divulgativo propio del modelo informativo/motivacional (Flores Biernet, 2001) que concibe la práctica educativa con un carácter proteccionista, autoritario, basado en una comunicación unidireccional, asumiendo un rol profesional prescriptivo. Mientras que el rol de la comunidad se identificaría con el de un ente obediente y pasivo. En el estudio de Teixera & Daher (1999) se ponía de manifiesto el modelo biomédico mecanicista imperante en la estructuración de los programas de EpS en Niterói (Río de Janeiro). Las evidencias encontradas coinciden con dichos resultados, ya que el modelo biomédico prevalece en los discursos. Esto nos obliga a reflexionar sobre la orientación de la formación de los/las profesionales sanitarios/as tanto en el nivel de pregrado como en postgrado. En este modelo subyace la creencia de que la Comunidad desconoce los temas relacionados con la salud y, por consiguiente hay que facilitar determinados conocimientos básicos para cambiar los estilos de vida. Lo cual está muy alejado de las expectativas de las personas participantes en los programas de EpS, según la investigación de Ribas, Dos Santos, Teixeira & Zanetti (2009), en las que además del aprendizaje sobre el control de sus procesos y la mejora de la calidad de vida, buscan apoyo, ánimo, esperanza, superación de miedos y compartir experiencias, sentimientos, temores y vivencias.

> *"Pues eso, todo lo que pueda llegar a la población. O bien por grupos, homogéneos de cuidadoras, jóvenes, todo lo que le pueda llegar y hacer, enseñándoles simplemente desde cosas básicas, que no tengan que hacer un máster en nada a mejorar su calidad de vida…"* (EE12).

> *"¿Qué significan? Pues significarían información, información a la población para adquirir buenas costumbres de vida saludable, de vida sana fundamentalmente y de prevención de, de una serie de factores que podrían incidir en la salud de la gente"* (EM6).

También se reconoce el que la EpS es una herramienta importante para la disminución de la carga asistencial. Si la población sabe cómo actuar ante los síntomas de determinados procesos mórbidos no necesitará acudir a los servicios sanitarios o retrasará su utilización. Para los/as informantes de nuestro estudio, los/as principales beneficiarios/as son los/as profesionales sanitarios/as que ven disminuida la demanda de servicios. Duro Martínez

(2002) identificaba como principales argumentos del para qué de los grupos de EpS, la rentabilidad económica, la descarga de las consultas y el ahorro de tiempo. En nuestra investigación, estos motivos aparecen en los discursos en mayor medida que los referidos a la ganancia en autocuidados y autonomía de la Comunidad, presentes en profesionales más convencidos/as e interesados/as en la acción comunitaria, como ya identificara Duro Martínez (2002).

> *"Una educación para la salud para que sepan realmente cuando su problema es importante y cuando acudir al médico y cuando no acudir"* (EM11).

> *"una actividad, que sin ir más lejos la educación para la salud, que nos quitara a nosotros después, mucha gente que viene que a lo mejor no hace falta que vinieran, si se hubieran enterado a lo mejor de cómo va el asunto ¿sabes? pues mira el beneficio sería, o sea, el beneficio sería para nosotros. Tú educas una población de que si tiene fiebre se tome esto y esto y lo otro y no tiene que venir todos los días, al final sería para nosotros el beneficio."*(ECC7).

En los discursos, cuando se menciona el término EpS, se nombra la estrategia educativa más simple como es la charla/conferencia, siendo el código más frecuente en general y en los/as profesionales de base principalmente (médicos/as y enfermeras/os), aunque también aparece en las entrevistas a los/as directores/as de centro con perfil de médicos/as. Sin embargo, no emerge en las verbalizaciones de los/as enfermeros/as gestores/as de casos, ni en el de los/as coordinadores/as de cuidados. (Anexo 15).

Hay que destacar que aunque esta categoría es una de las que acumula más vocablos en la Asociación Libre de Ideas, el término *Charla* no es el más frecuente. Surgen expresiones como: *Educación, Educación para la Salud, Educación de la población, Educación Sanitaria, Información, Enseñanza, Aprendizaje, Talleres, Consejos de salud, Conocimientos, Capacitación de grupos, Campañas.* (Anexo 14).

La perspectiva divulgativa de la EpS presente en los discursos, justifica que las estrategias educativas que afloran sean las conferencias, campañas de información, charlas, talleres formativos o incluso dar consejos individuales. Todas ellas en consonancia con el modelo educativo que subyace en la representación identificada. Pero también con la concepción de grupo que ya se identificaba con anterioridad, en armonía con el estudio de Duro Martínez

(2003). En esta investigación la charla también resultaba ser la técnica más mencionada, describiéndose como un escenario en el que se reúnen a pacientes con la misma enfermedad, relativamente homogéneos respecto a otras variables, a los que se les da una información colectiva sobre contenidos relativos a su enfermedad o bien, consejos para sobrellevarla.

> *"Las actividades… yo lo considero como los talleres formativos digamos de la población que tenga un tipo de patología en principio prevalente claro, te interesa una serie de números. Entonces nosotros por ejemplo cuando hacíamos del tema obesidad cogíamos a los pacientes que teníamos metidos en el programa y le dábamos una charla, una especie de taller en la que participaban los niños contigo, los padres contigo y nosotros íbamos informando de las dudas o de los problemas que podrían tener a la hora de poner en práctica lo que es una dieta, o que poner en práctica lo que es el ejercicio físico, ese tipo de cosas. Eso es lo que entiendo yo por…"* (EM5).

> *"Pues de ir a dar charlas de métodos anticonceptivos al instituto o hablar un poco de reproducción, mil cosas ¿no? o No sé, dar charlas sobre síntomas de cáncer de mama o que prevención hay que hacer sobre enfermedades de transmisión sexual, son cosas así más… de eso si podríamos intervenir más fácilmente, pues de ese tipo de cosas, me imagino yo, creo que eso sería la Intervención Comunitaria"* (EM4).

> *"Pues, por ejemplo la, yo creo se está, hay compañeras que lo están haciendo. Que van a los institutos y les dan charlas a los jóvenes. También se trabaja con las cuidadoras. Que hay ahí una compañera que se dedica expresamente a ello, sobre todo. Charlas sobre todo también, para personas, para los diabéticos, eso ha habido, no es que se esté haciendo aquí ahora mismo. Educación para la salud sobre el tabaco, que también se está realizando. Que se me ocurra, por ejemplo"* (EE11).

No obstante, aunque de manera excepcional, también se pone de manifiesto la ineficacia de la charla como estrategia educativa.

> *"Para mí eso es la Intervención Comunitaria, la Intervención Comunitaria no es solamente que vayas a dar una charla, eso no sirve absolutamente para nada,…"* (EM3).

5.1.3.2. La Participación Comunitaria como elemento esencial de la Intervención Comunitaria.

La Participación Comunitaria a pesar de constituir una de las herramientas fundamentales para la Intervención Comunitaria, emerge muy tímidamente en las entrevistas, siendo, además, uno de los términos menos frecuentes en la Asociación Libre de Ideas, en las que únicamente se han recogido las siguientes palabras: *Participación ciudadana, Participación con los ciudadanos, Participación de la comunidad, Participación, Participación en salud, Toma de decisiones en nuestra salud, Decisiones comunes, Relaciones profesionales-población.*

La Participación Comunitaria llega a utilizarse de forma indistinta como Intervención Comunitaria en el discurso de médicos/as y enfermeras/os. En varias ocasiones se ha tenido que interpelar sobre la sinonimia entre los dos términos para determinar a qué se estaban refiriendo.

> *"Actividades comunitarias yo la entiendo como participación con la comunidad en general, comunidades de pacientes, comunidades de personas…"* (EEGC4).

> *"Pues la participación en temas de salud con la comunidad, las intervenciones que hacemos con la comunidad, todo referido a temas de salud"* (ECC3).

> *"… pues mira yo me refiero Participación Comunitaria me refiero a trabajar con las asociaciones y las asociaciones pues que sean de discapacitados, de amas de casa o de pacientes, ¿no?, que puedan aportar algo puedan dar su visión de cómo mejorar el sistema o la atención yo creo que Participación Comunitaria son los programas de salud escolares por ejemplo todo lo que sea pues forma joven o temas de salud bucodental con las AMPAS"* (ET5).

Se insta a profundizar en el significado y el valor atribuido a la Participación Comunitaria, y progresivamente, el discurso se va centrando en la concepción de la Participación Comunitaria desde una perspectiva más cercana a las implicaciones que tiene el trabajo con la Comunidad, aunque lejos aún de considerarla un factor imprescindible en todas las

acciones de Intervención Comunitaria. Para un/a informante, conforme se iba desarrollando el discurso, las expresiones se iban polarizando en términos de considerar la Participación Comunitaria como importante pero no priorizada por la propia Administración Sanitaria. En general, las manifestaciones denotan un importante desconocimiento acerca del concepto de Participación Comunitaria y, por consiguiente, no se considera algo esencial para llevar a cabo las acciones de Intervención Comunitaria ni tampoco se relaciona con la praxis profesional.

> **"…***Bueno yo Participación Comunitaria e intervención lo entiendo (0.4) la intervención la entiendo a lo mejor como más como una palabra que a lo mejor describe más la intervención de los profesionales en la comunidad y a lo mejor la participación al contrario, es la comunidad que participa en la administración, ¿no? vamos puede ser esa la diferencia pero al fin y al cabo hay un punto de encuentro que es hacer comunitaria, vamos yo lo veo así."* (ET5).

También se identifica la finalidad de la Participación Comunitaria como un modo articulado del sistema para vehiculizar la opinión de la comunidad sobre la gestión de los servicios sanitarios. Este significado se corresponde con un enfoque técnico-político por el que los procesos de planificación de servicios surgen de la Administración Sanitaria. Para las personas informantes el nivel de participación de los/as usuarios/as se limita a la opinión sobre este cometido y, por tanto, las decisiones sobre los servicios que deben prestarse corresponderían exclusivamente a los/as profesionales sanitarios/as que serían quienes decidirían qué es lo importante y qué no lo es.

> *"Yo eso te hablo a nivel de la participación de que la propia comunidad, que yo creo que es el nivel que debe conseguirse que la propia comunidad opine y ,y, y… pero opine por supuesto sobre realidades"* (EM2).

> *"yo creo que la gente debe también de opinar qué es lo que realmente, a veces no se da cuenta ¿no? de que eso es lo que necesita. La gente, la mayoría de las veces lo que te solicita es lo que, todo en relación con la enfermedad, no en relación con su salud ¿vale? Entonces a mí me parece importante que la gente hable, participe y pueda opinar sobre aquellas actividades que le interesan. Pero claro no podemos dejarlo todo en manos de la comunidad por lo que te digo, porque muchas veces lo que te solicitan es, es que nosotros queremos la consulta de fibromialgia y eso por encima de todas las cosas"* (ED2).

Además se identifica en los discursos la percepción de la Participación Comunitaria como una vía para la detección de las necesidades de la comunidad, aunque con limitaciones para evitar posibles conflictos cuando no haya confluencia entre lo que la comunidad expresa y lo que los/as profesionales consideran como necesidades de salud. Esto deja entrever nuevamente la consideración latente de la desventaja que la comunidad tiene frente a los/as profesionales en cuanto a conocedora del proceso de salud-enfermedad y del proceso de Atención de Salud. En el mismo sentido se pone de manifiesto el olvido por parte de los/as profesionales de que en todo proceso de planificación, tras la identificación de los problemas y necesidades de la comunidad, hay otra etapa de priorización de las mismas antes de comenzar a dar respuesta a dichas necesidades. No obstante, la cercanía de la Atención Primaria a la población, más aún en el entorno rural, invita a la participación en sus diversas formas, según los/as informantes, mediante reclamaciones, sugerencias, ideas, inquietudes….

A lo largo de los discursos, se ponen de manifiesto con mayor radicalidad la necesidad de la Participación Comunitaria frente al planteamiento hegemónico que está presente en la práctica de los/as profesionales sanitarios/as en cuanto a los conocimientos y a la toma de decisiones en todo lo que concierne a la atención sanitaria en el nivel de Atención Primaria. Esto conduce a unas relaciones de paternalismo que incapacita a la comunidad para actuar satisfactoriamente en el cuidado de su salud y, en otros casos puede conducir a un enfrentamiento entre personas usuarias y profesionales cuyo efecto más perjudicial es la falta de credibilidad que estos/as profesionales tienen para los miembros de la comunidad a la que atienden.

> *"Yo he trabajado siempre en medicina rural, desde que salí de la residencia. Y la medicina rural tiene de bueno que se conoce mucho a, a la población, a la comunidad; porque los trabajadores suelen ser de la zona, y porque el boca a boca, se conoce mucho…. tanto en esta zona como donde vivo y tal, yo sí veo que hay mayor participación. El que, cualquiera que se acerca con una idea, con una inquietud, con una sugerencia, con una reclamación, se tiene en cuenta, se analizan las encuestas de satisfacción… Yo creo que casi cualquiera que viene a nosotros tiene cabida"* (ED9).

> *"…Sí queremos hacer alguna cuestión que sea para una cuestión planificada, para una cuestión de captar necesidades en la propia comunidad hay que hacerlo de otra manera y tiene que ser por la participación porque se oiga entre comillas la voz de esa comunidad y que opine y diga lo que… Lo otro es, entrando en otras ópticas sería algo así como el paternalismo, nosotros decidimos os pedimos que echéis una*

mano pero vosotros sois los voluntarios y nosotros somos los que organizamos, decidimos" (EM2).

Finalmente, emerge otra de las finalidades atribuidas a la Participación Comunitaria, al igual que ocurriera con la Educación para la salud, convirtiéndose en un medio para la reducción de la demanda asistencial mediante la implicación de la población en su propia salud. Aunque no se vislumbra ésta como fundamento de una actitud abierta hacia la participación en la toma de decisiones de los/as ciudadanos/as (Butterfoss, 2006 & Astray, 2003) como ya se estableciera en el estudio de Íñiguez-Rueda & cols. (2008).

"*Si tú haces partícipe a la comunidad de ciertos temas de su salud y demás, la comunidad se lo toma más en serio, la comunidad trabaja más. Con lo cual si tú elevas el nivel de salud de la comunidad, te revierte en todo, en la mejora de los elementos del centro, en la…, no acudirían tanto aquí, no te necesitarían tanto. Aquí se está trabajando mucho a demanda por lo mismo, a la gente hay que hacerla partícipe de su estado, de su salud, de sus cuidados, de sus…"* (EE9).

La presencia de un modelo de Participación Comunitaria se hace más patente en los discursos de técnicos/as y directivos/as, por estar más implicados/as en la creación de las comisiones de participación en las Unidades de Gestión Clínica que impone la Administración Autonómica por la Resolución SA 0077/12 de 20 de marzo 2012. Pese a la irracionalidad del modelo, los/as directivos/as de algunos Centro de Salud resaltan la bondad de este órgano para garantizar la participación ciudadana y como indicador de la orientación comunitaria de los servicios de Atención Primaria, impregnando su discurso. Como se podía prever, el fracaso de este modelo para garantizar la presencia y el diálogo participativo, hizo que esta norma se derogara dos años más tarde por la resolución 0149/14, para volver a publicar una nueva Resolución SA 0015/15 en 2015 que contempla la creación de una Comisión de Participación Ciudadana con expertos/as, a la que los/as informantes no hacen alusión por publicarse después de la recogida de información de esta tesis.

"…en esa Comisión de la cual también formo parte hay presente dos personas que se escogieron por un programa informático al azar de entre toda la población del municipio. Esas personas, como digo, forman parte de esa comisión y opinan y dan su aportación activa a la misma ¿no? sobre cuáles son los problemas, los problemas

de salud que ellos detectan como que precisan una actuación necesaria por parte de los profesionales sanitarios, cuáles son sus inquietudes, todo enfocado a la salud ¿no? Por eso es muy importante conocer, no sólo hacer política desde arriba sino también conocer las necesidades desde abajo ¿no? Y quién mejor que los propios ciudadanos para decir qué es lo que les hace falta, qué es lo que más necesitan ¿no?" (ED11).

Sin embargo, encontramos manifestaciones contrarias a este sistema de participación, tachándolo de estrategia tecnócrata, poco operativa e ineficaz por parte de la Administración Autonómica. El perfil de estos/as profesionales encaja con el de un/a sanitario/a con amplia experiencia en Atención Primaria que hace referencia a la existencia en el pasado de otras formas de participación a través de los Consejos de Salud que intentaban garantizar de mejor forma la representatividad de la comunidad en dichos órganos, aunque para algunos/as autores/as haya sido finalmente un intento fallido como mecanismo de participación (Aguilar Idáñez, 2006).

"...yo me acuerdo en los primeros centros de salud, hace ahora cerca de treinta años, pues los centros de salud tenían, tenían un órgano de participación ciudadana, que de alguna manera el responsable del funcionamiento de los centros que eran los consejos de salud. Ahora, treinta años después, con distintas experiencia y con distintos modelos, la Consejería, el SAS creó un organismo de participación totalmente burocrático, horrible, que era por sorteo, eh, los ciudadanos, que tú lo conocerás; los ciudadanos salían elegidos para representar a la población, una cosa totalmente por cubrir expediente que no sirve para nada." (EE15).

"...una coordinación de un Consejo de Salud en el que estaban todas las fuerzas vivas de la zona básica en la que yo trabajaba. Estaban las Asociaciones (.) las asociaciones del Barrio, todas, la de vecinos, la que he dicho de gitanos, la asociación Romaní, no sé el nombre cómo se llama, lo que era la iglesia, el cura también estaba allí, y participaban mucho…estaban allí lo que era el Ayuntamiento a través de los Servicios Sociales del Ayuntamiento, trabajamos con menores en la prevención" (EEGC1).

Algunos/as directivos/as, principalmente de los centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario Condado-Campiña, reflejan en sus disertaciones el patrón de participación comunitaria de la Consejería de Salud, que la entiende como un proceso con diferentes niveles de desarrollo. Un primer nivel informativo hacia la ciudadanía, un segundo nivel de participación en la evaluación de resultados clínicos y en salud, y un tercer nivel de

colaboración profesionales/ciudadanía para la elaboración e implantación de los planes de Promoción de la Salud (Consejería de Salud, 2016).

> *"…la participación ciudadana tiene varios niveles. Un nivel uno digamos que somos los trabajadores del centro los que hacemos actividades, o sea los que proponemos digamos actividades a la comunidad y la comunidad participa de esas actividades; eso en un nivel básico digamos. Y después ya vamos subiendo de nivel, y ya es la, tenemos que contar con los, con ciudadanos, con algunos ciudadanos, con las asociaciones, y después con ciudadanos en concreto que forman parte de esa, vamos a ver, es como una, una comisión de participación ciudadana, y en esa comisión tienen que ir incluidos, o sea, tienen que estar como miembros también los ciudadanos. Y ahí son ellos los que pueden llegar a proponer actividades para hacer en la comunidad. A parte de los planes locales de acción en salud, que también participan los centros de salud; que ya bueno, pues eso en colaboración con el Ayuntamiento, con los técnicos de salud del Ayuntamiento y otras asociaciones, pues se, ¡ si funciona bien!, si ese plan de acción local en salud funciona bien, participan eso, un montón de asociaciones aparte de los centros de salud, y de ahí salen un montón de actividades de cara a la comunidad"* (ED2).

En general, el sentido íntegro de la Participación Comunitaria como trabajo conjunto entre administración, profesionales y comunidad aparece tímidamente en los discursos y se sitúa en el plano ideológico, evidencia que coincide con los estudios realizados por Colomer & Hernández, (2001) y Codern i Bové, (2006). Se echa de menos la concepción de la Participación Comunitaria como una herramienta importante que debe estar presente en el diagnóstico de salud, en el proceso de Planificación y en la evaluación tal y como lo describen diferentes autores (Miller & Shinn, 2005; Minckler & Wallerstein, 2009; o Henry, 2011). La alusión a su vinculación con un órgano de participación dónde puedan estar integrados todos los agentes implicados no es explícita. En los discursos, aunque se está de acuerdo con el planteamiento teórico, se pone de manifiesto la imposibilidad de llevarlo a cabo en la realidad de los Centros de Salud.

> "*Lo ideal es que a nivel de la gestión de recursos se sentaran tanto los profesionales, como los gestores, como los usuarios y a tres grandes bloques se decidieran grandes políticas, eso no ocurre pero eso debería ser la teoría"* (ED14).

> *"…yo creo que el primer paso de la intervención debe ser ésta, recibir la información e integrar a los participantes de la comunidad sobre la que se está haciendo la intervención, en el programa como elementos activos, ¿vale? como elementos activos. No es cómo a veces se suele hacer Intervención Comunitaria y que*

venga la gente, y doy tres charlitas y venga ya está, me ha salido esto cojonudo, si vale y ¿Qué? Pero ¿han participado ellos en algo?, ¿han hecho algo?¿habéis llegado a acuerdos conjuntos?¿esto se ha medido en resultados concretos, en la mejora de su realidad?. Esas cosas se hacen escasamente" (ET3).

"Muchas veces nos quedamos contentos cuando se han hecho cosillas, pequeñas cosas en Intervención Comunitaria y en hacer intervenciones como muy unidireccionales, las intervenciones unidireccionales desde mi punto de vista no sirven para nada, absolutamente para nada, entonces yo creo que las intervenciones deben ser bidireccionales y luego programarlas conjuntamente para que sean efectivas y medirlas" (ET3).

Estas evidencias coinciden con el escepticismo encontrado entre los gestores sanitarios del estudio de Mosquera, Zapata, Lee, Carango & Varela (2001) acerca de la necesidad de establecer los mecanismos de participación, así como considerar la capacidad de los ciudadanos y ciudadanas para influir en el Sistema Sanitario con el consiguiente beneficio para dicho Sistema. Sin embargo, contrasta con el entusiasmo que manifestaron los/las informantes con cargos directivos de uno de los Distritos Sanitarios acerca del modelo participativo de la Consejería de Salud. Aunque éste fue derogado con posterioridad, estaba basado en la opinión de dos miembros de la comunidad sobre la planificación de acciones del Centro Sanitario. Esta circunstancia parece que tuvo un calado importante en los/as profesionales sanitarios/as y, tal vez, es lo que les hace justificar la orientación comunitaria de la Atención Primaria. No obstante, es posible que el desconocimiento real de la complejidad, implicaciones, recursos y metodología de la Participación Comunitaria, puedan justificar estas manifestaciones. Estas evidencias coinciden con el estudio de Castillo y Winker (2010) en cuanto a no sopesar adecuadamente aquello que la propia comunidad exige o demanda de los programas comunitarios, como son el fortalecimiento y empoderamiento gradual de los grupos, aunque prevalezca un vínculo de dependencia de los/as profesionales comunitarios/as.

5.1.3.3. La identificación de las necesidades de salud de la Comunidad.

En las definiciones y significados que los/las participantes en el estudio plantean acerca de la Intervención Comunitaria, se pone de manifiesto que ésta es un elemento más de la estrategia de salud en la comunidad, algunas veces enlazado con la necesidad de

participación de los/as ciudadanos/as en la primera fase de la planificación y otras refiriéndose directamente al Diagnóstico de Salud. En algunos/as informantes prevalece una clara conciencia de que la intervención en la comunidad tiene que partir de la identificación de las necesidades de sus miembros.

> *"La Intervención Comunitaria es casi un… haber como te lo explicaría, es un ¿Cómo se dice?... un intercambio , o sea a mi, yo creo… tú tienes que recoger información de tu comunidad y a raíz de esa información detectar una serie de deficiencias, de historias y de tal, y en la medida que sea posible intervenir y estudiar la mejor manera de intervenir, modificando hábitos y conductas, hasta modificando a lo mejor pues lo que es el que mejoren las calles ¿no sé?* (EM3).

> *"Ver qué necesidades tienen e intentar cubrirlas"* (EM1).

En los discursos, también emerge con cierta claridad el que la Intervención Comunitaria debería incidir en la eliminación de las desigualdades en salud en aras a conseguir un mayor nivel de la salud de la comunidad a través del trabajo específico con determinados colectivos sociales desfavorecidos desde el punto de vista social, económico y educativo. Estas manifestaciones coinciden con los diversos objetivos y las declaraciones que se han venido planteando en las distintas Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud desde 1986 (Ottawa, 1986; Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Yakarta, 1997, México 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsinki, 2013)

> *"Las actividades comunitarias pues es intervenir con nuestra población ¿no? Ya estemos hablando de grupos de población con determinadas características o condiciones. O bien a la población general por los diferentes medios de los que podamos disponer. Entonces hay que tener, pues un diagnóstico de salud de la comunidad, un diagnóstico de salud donde podamos identificar pues grupos, desde grupos de desfavorecidos o si disponemos zona de transformación social, identificar tanto grupos de edades, hombres y mujeres, niños que tenemos" (ECC6)*

> *(… lo que conocemos en líneas generales como un diagnóstico de salud o un diagnóstico de la comunidad ¿no? y a partir de ahí, de esa identificación de lo que nosotros tenemos de lo que es, de lo que forma parte de nuestra responsabilidad sanitaria, pues tú puedes identificar elementos prioritarios de intervención…. Es decir, a fin de cuentas trabajar con la comunidad en función del diagnóstico comunitario que podemos, que disponemos de nuestro contexto, de nuestro entorno y de los recursos de que disponemos, no el centro sino la comunidad y poder de alguna*

forma pues poder establecer esas líneas ¿no? de, de trabajo o de unión, de identificación de problema" (ECC6).

"Ir al sitio donde realmente están los problemas, conocer a la gente, conocer sus necesidades, sus déficits e intentar actuar sobre eso" (EM6).

Aunque estas expresiones no indican necesariamente que se refieran a un Diagnóstico de Salud participativo, sí podríamos interpretarlas como una actitud positiva orientada a detectar las necesidades reales de determinados colectivos desfavorecidos de la comunidad. Hay que destacar un aspecto importante que subyace en las manifestaciones de las personas informantes y que hace referencia al cómo realizar ese diagnóstico comunitario. En estas evidencias se vislumbra la representación de los/as profesionales de Atención Primaria sobre el procedimiento. El acercamiento a la realidad tal y como se plantea en los discursos, es una premisa importante en cuanto a lo que supone una aproximación a la comunidad, y de alguna manera, se aleja de la consideración de la comunidad como un ente pasivo y de una práctica profesional centrada en la demanda asistencial. En todo caso, aprovechar la atención individualizada ante un problema de salud para fomentar el reconocimiento y la expresión de las necesidades de la gente y la forma más eficaz de dar respuesta a las mismas.

"Qué son para mí, pues lo dice la palabra las actividades con las necesidades que tiene la, la población ¿no? O sea que si la población tiene una serie de necesidades y tú de alguna manera, aunque ellos no lo demanden con la boca, pues tú lo estás detectando, valga lo de los aerosoles, pues participar porque tú ves esa necesidad ¿no? y comentar por ejemplo, en este caso con, con la familia; oye mira qué te parece que no sé qué, y crear esa necesidad, enamorar un poquito. Y entonces pues dar respuesta a esas necesidades que tú estás viendo en la población que viene aquí todos los días. No sé si, quien dice eso dice otras cosas, pero no sé" (EE16).

Se expresa muy bien la representación atribuida al papel de la comunidad, coincidente con lo reflejado en categorías precedentes, tanto en la asociación Intervención Comunitaria/Educación para la Salud, como en las concepciones sobre los/as destinatarios/as de estas acciones. Por otro lado, emerge como procedimiento para la valoración de las necesidades de la comunidad, la perspectiva tradicional y cuantitativa de realización del Diagnóstico de Salud Comunitario basado en los indicadores del estado de salud que nos aportan las diferentes fuentes de información epidemiológica. Pero también aflora la escasa

utilidad que en los discursos se le atribuye al diagnóstico de Salud de cara a la intervención sanitaria, así como el dilema coste-beneficio de las acciones sanitarias como pretexto para manifestar que no es compatible con la realidad.

> *" Bueno, las hay* (actividades comunitarias) *a propuestas del equipo y hay algunas que son a demanda, la mayoría son a propuestas del equipo de salud, nosotros pensamos que tenemos que orientar a la población en función de las características epidemiológicas que nosotros vemos pues en una dirección porque nosotros eso lo vemos ¿me entiendes?* (ED15).

> "Se argumentó la importancia de conocer las necesidades de salud de la población y por tanto tener un conocimiento epidemiológico de las prevalencias de la zona. Pero que la realización del Diagnóstico de Salud era muy costosa para la rentabilidad que se le sacaba del proceso o para los resultados que se obtenían que no eran los verdaderos problemas de salud de la población" (DC, 1 de diciembre de 2010, pág. 82).

Se identifica otra perspectiva en la que las personas informantes conciben la necesidad de captar la voz de la comunidad (participación) para realizar Intervención Comunitaria con objeto de partir de un análisis más real y sentido por las personas que integran la comunidad, que permita adecuar las acciones a la población destinataria y garantizar así la consecución de los objetivos formulados para dar respuesta a esas necesidades pues en muchas ocasiones, los/as profesionales sanitarios/as ofrecen actividades comunitarias que no tienen interés para quienes las tienen que recibir porque carecen de importancia para los miembros de la comunidad y no las consideran prioritarias para resolver sus problemas de salud.

> *"Pues que el servicio sanitario actúe sobre la comunidad, conociendo a la comunidad, implicándose con ella y retroalimentándose de lo que la comunidad dice que necesita y de la orientación que se le debe dar, no de lo que nosotros queramos darle y cómo se lo queramos dar, no, primero sería preguntarles que qué quieren, qué a que aspiran, que qué creen que necesitan y cómo, que también es muy importante el cómo porque son ellos los que reciben…* (ET6).

> *"Yo tengo la experiencia también de tú ofrecerle a la gente cosas y que a la gente no le interese…tú le puedes plantear, pero la gente tiene que ver la necesidad, si la gente no ve la necesidad no tiene sentido"* (EEGC4).

En la misma línea, las manifestaciones relacionadas con la Participación Comunitaria en el proceso para la realización del Diagnóstico de salud, no dejan entrever la consideración de un análisis de situación de salud realmente participativo, tal y como se especifica en las propuestas de Sánchez & Merelles (1996), Sánchez (2000) y Gallardo & Otero (2005). En este sentido, en los discursos hay que señalar la ausencia de uno de los fines más importantes del Diagnóstico de Salud, el de servir para la evaluación de resultados y con ello para la valoración de la eficacia y eficiencia de la Intervención Comunitaria. No obstante, aunque con menor fuerza, sí se hace referencia a la necesidad de la evaluación de las intervenciones para valorar si éstas han sido beneficiosas para la salud de la comunidad.

> *"Para mí, Intervención Comunitaria significa… ver qué necesidades tienen e intentar cubrirlas y después una vez que se han cubierto ver si verdaderamente se ha solucionado el problema, digo yo, pienso.(risas) más o menos"* (EM1).

De la misma manera, en la Asociación Libre de Ideas, también han emergido estos aspectos, agrupándose con otras palabras bajo una misma subcategoría denominada Proceso Planificado (Anexo 14): *Objetivos, Basado en problemas, Planificación en salud/identificación de problemas, Planificación/Ejecución/Evaluación de programas, Consecución de objetivos, Diagnóstico dirigido por los profesionales, Diagnóstico, Identificación de problemas, Cobertura de necesidad de la población, Conocer los recursos sociales de la zona.*

5.1.3.4. El papel que desempeña el trabajo intersectorial y el equipo de salud en la Intervención Comunitaria.

El término trabajo intersectorial no surge de manera natural en los discursos y cuando de manera intencional se pregunta sobre su significado e importancia en las actividades comunitarias, las personas informantes tienden a identificarlo con el trabajo interdisciplinar o

el trabajo con otros niveles de la Atención Sanitaria, o bien, devuelven la pregunta con la intención de encontrar alguna referencia que le ayude a responder.

> "*¿A qué te refieres con intersectorialidad?, Hospital, Primaria o ¿Dentro del mismo centro de salud?"* (EM1).
>
> **"***¿Con otros sectores, con otros sectores? Vamos a ver explícame mejor"* (EEGC7)
>
> *" ¿Por ejemplo…?"* (EE14).

Sin embargo, sí se pone de manifiesto la necesidad de trabajar con otros/as profesionales que ejercen en la sociedad, considerando como algo importante, el establecimiento de contactos y relaciones con otras instituciones para desarrollar determinadas actividades en la comunidad, ya que sin ellas no sería posible llevar a cabo estas actividades.

> *"Bastante, muy importante, muy importante, porque muchos abordajes tienen que ser desde diversos ámbitos. Por ejemplo el caso de X ahora que está con lo de las actividades deportivas y demás, con lo de la tercera edad que es donde va encaminada, tiene que contar con el Ayuntamiento, con el Patronato, con el…, porque si no sería imposible el abordaje"* (EE9).

> *"Las actividades comunitarias. Bueno, pues yo diría que un proceso de, un proceso en que los servicios sanitarios se ponen, se interrelacionan, con otros servicios públicos educación y asuntos sociales y con la población en general y su… y su, y sus colectivos y sus movimientos y colectivos que los representan movimientos vecinales etcétera para, para, para generar actuaciones y, para generar actuaciones que tengan que ver con la mejora de la salud de la población en general y que a su vez de alguna manera sea en parte, o que sea también demandada por la población"* (EE15).

Cuando se hace referencia a esta dimensión del trabajo comunitario, se atisba al menos un nivel de cooperación en el uso compartido de recursos, según la propuesta tipológica de Solar & cols. (2009). Con respecto al papel que tendrían los/as profesionales de Atención Primaria en ese trabajo intersectorial, las personas informantes le asignan una función de referente, modelo, asesor, orientador, colaborador…, es decir, se limita a un rol pasivo, exento de compromiso, como algo que no tiene implicación para su práctica profesional.

"*Yo las definiría, pues a ver, como unas intervenciones como que partan del equipo o de la comunidad independientemente. Pues que usen recursos y activos que puedan estar tanto dentro de los equipos y de las instituciones de la propia comunidad, como de los, pues eso, de los centros que puedan estar, que puedan apoyar y que sirvan para mejorar, fomentar, promocionar, pues eso, la actitud de salud de la persona"* (EEGC7).

"El papel (0.8) yo pienso que de no de protagonismo precisamente yo creo que debería ser alguien que esté un poco… colaborando, un papel de colaborador, quizás si modélico, o sea, porque estamos hablando que igual en esto por ejemplo los planes de acción local que trabajan muchísimo" (ET1).

La acción comunitaria también necesita del trabajo entre los/as profesionales del mismo sector. El trabajo de ese equipo multidisciplinar, que en los inicios de la reforma sanitaria se alzara como uno de los elementos imprescindibles del funcionamiento de los Centros de Salud por su función interdisciplinar, emerge en la Representación Social y coincide con los resultados de la investigación de Reis & Andrade (2008). Aunque el objetivo común del equipo de las enfermeras brasileñas a las que se hace referencia en el estudio respecto al trabajo que desarrollan en los programas de salud de la mujer no aparece en los discursos de las personas informantes.

Respecto al equipo de salud, las evidencias nos muestran una de las representaciones más completa sobre la Intervención Comunitaria, ya que se expresa la importancia de la planificación y la evaluación de las acciones dirigidas a la modificación de conductas no saludables en la comunidad. En este sentido, hay que destacar el papel del equipo de salud y su carácter interdisciplinar como recurso fundamental para la consecución de los objetivos formulados en los Centros de Salud y no sólo los referidos a la Intervención Comunitaria.

"la Intervención Comunitaria sería una actividad bien planificada y bien evaluada, que se dirige a modificar aspectos que son generalizables en una población. Es decir, que buscan modificar cosas en una comunidad, no en individuos aislados. Y por lo tanto, tienen que tener una estrategia de ejecución, de esas medidas planificadas que utilice la mayor parte de recursos del equipo básico de Atención Primaria, es decir, que sea interdisciplinar, y que además eso se haga de una

manera pues, longitudinal en el tiempo, que sea interviniendo en los aspectos claves de la comunidad, los referentes, los líderes, en fin, las asociaciones. Que se haga sobre ese tipo de cosas que pueda modificar el trabajo comunitario…" (EE8).

"*Pues eso que un equipo de salud, en el cual se discute los objetivos que se van a hacer este año, y cómo se van a hacer, qué opina uno y qué se puede hacer diferente, eso no existe. Como equipo no se plantea nada, por lo menos en los centros que yo conozco"* (EE14).

En la Técnica de Asociación de Ideas, sí aparece con más asiduidad términos que aluden al trabajo en equipo: *Trabajo en equipo, Equipo, Equipo sanitario, Relación con profesionales sanitarios, Reuniones, Comunicación, Colaboración, Coordinación, Cooperación, Multidisciplinas.*

Finalmente, es significativa la ausencia en las entrevistas y en la Técnica de Asociación Libre de Ideas de un grupo de códigos deductivos introducidos en el sistema de codificación referido a los distintos métodos utilizados en la Intervención Comunitaria. Ni siquiera aparece la metodología específica utilizada en la Atención Primaria como es la metodología APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad).

5.2. ¿Quiénes deberían ser los/as responsables de la Intervención Comunitaria en el Equipo Básico de salud?

En los discursos, con carácter general, se expresa la necesidad de que exista una persona responsable de las acciones comunitarias en el Centro de Salud. Se resalta que es un requisito necesario y primordial, que tendría que estar creado institucionalmente y, además, tener una asignación temporal en las agendas de trabajo diario.

Respecto a quién tendría que liderar estas acciones, las manifestaciones son diversas. Así, se utilizan diferentes términos en los que se menciona el perfil o los perfiles de profesionales candidatos/as a ser responsables de estas actividades. En esta línea, las expresiones se basan en criterios que tienen que ver con la competencia para liderar estas acciones, con la temática de las actividades a desarrollar y con las características del Centro de salud.

Los requisitos que se ponen de manifiesto respecto al perfil que debería tener la persona responsable de las acciones comunitarias en los centros de Atención Primaria serían: competencia, formación, motivación y experiencia. A la exigencia de ser competente en esta tarea se le atribuye la capacidad de liderar, el interés por estas actividades y la disponibilidad de tiempo. También se exigen recursos para poder desarrollar esta función.

¿Qué profesional del Equipo Básico de Salud tiene estos atributos? Los discursos ponen de manifiesto que debe ser la enfermera o enfermero argumentándose su perfil formativo en Enfermería Comunitaria, lo cual constituye una justificación bastante sólida por ser el profesional que dispone de los conocimientos y habilidades necesarios para abordar la Intervención Comunitaria. En otro sentido, también se expresa que este rol puede ser asumido por cualquier otro miembro del equipo, ya sea médico/a, enfermera/o o bien el/la Trabajador/a Social. También se plantea que este rol puede llevarse a cabo de forma colaborativa entre los distintos miembros del equipo.

> *"Primero querer, querer y tener las ganas, segundo tener tiempo y que te motive también. Tener estimulación también por parte de la, de la empresa, ya no sé si decir la empresa o ya el sistema. Es que influyen muchas cosas y más ahora, como está la cosa. Si quiere, le gusta el programa, pues no tiene por qué ser ni más médico, ni menos el enfermero"* (EE11).

> *"Si institucionalmente se creyera en ello tendría que haberlo y con tiempo para ello ¿no? que tuviera tiempo para ello, para trabajar lo que hay en cada zona"* (ECC12).

> **"***Pues me daría igual pero…, yo creo que, yo creo que el personaje fundamental ahí es, yo creo que el más indicado sería el enfermero, pienso, aunque también podría ser cualquiera ¿no? Alguien con mucha motivación y mucha formación, pues puede ser cualquiera, pero yo creo que la idea, la profesión que más se, se acerca es enfermería"* (EE14).

> *"Yo creo sinceramente que la profesional de cuidados debe ser la enfermera y dentro de cuidados yo incluyo también la Intervención Comunitaria, eso no significa que deje al médico fuera, sino que creo que es de ella, que también quizás por agenda y porque también su trabajo es más de cuidar, cuidar, cuidar, cuidar tienen más contactos con los domicilios, van más a la calle, creo que la que más datos tiene sobre calle, sobre comunidad en la zona es la enfermera que se patea la calle todos los días…ahí también hay que valorar muchas cosas ¿no? Actitudes"* (EM3).

"*…pienso que es una labor que debe de ser de colaboración de todos los responsables y de todos los sanitarios del centro y que evidentemente cuánta mayor es la formación y ese conocimiento de lo que es la labor comunitaria mejor se va a poder desarrollar"(*ET1).

En cuanto a las prioridades que se van perfilando en los discursos, los temas abordados en las actividades comunitarias, constituye uno de los criterios para asignar a la persona responsable de las mismas. Este planteamiento está asociado a una visión de la Intervención Comunitaria como acciones concretas y puntuales dirigidas a dar respuestas a problemas relacionados con enfermedades principalmente, que podríamos vincular a la perspectiva biomédica. Los problemas relacionados con falta de conocimiento o falta de fuerza y motivación se atribuyen más al perfil enfermero. En cualquier caso, este enfoque lo situamos alejado de una visión holística, integral, integrada, planificada, continuada…necesaria para acometer la Intervención Comunitaria desde el Modelo de Promoción de la Salud. Esto deja entrever que la capacidad de este Modelo para mantener y fomentar la salud de la población, no ha sido asumida por el colectivo profesional en el nivel de Atención Primaria y, por consiguiente, las manifestaciones fluctúan constantemente entre lo que pueden considerar ideal pero que tiene escasas posibilidades de llevarse a la práctica y la hegemonía del Modelo Biomédico en la Atención Sanitaria en general y, específicamente, también en la Atención Primaria.

El contenido del discurso, rompe drásticamente con la necesidad del trabajo en equipo, fragmentándose las intervenciones sanitarias en función de los problemas o situaciones que se vayan a abordar. Por tanto, es evidente que el propio Sistema Sanitario ha vuelto progresivamente a orientar la atención sanitaria en función de la demanda asistencial centrada en las enfermedades y ha dejado en un segundo o tercer plano, todo lo relacionado con la Intervención Comunitaria, aunque en las normativas legales se mantenga este tipo de intervención.

"Depende de la actividad comunitaria que se realice, porque hay actividades que indudablemente es el médico el que tiene que llevar la voz cantante y el que tiene que dirigirla y hay otras en el que juega un papel más importante el enfermero, o a lo mejor el auxiliar, depende de las actividades que se realice" (EM1).

"Yo pienso que depende del área, del área temática de la Intervención Comunitaria, porque si nos vamos a una Intervención Comunitaria va a estar centrado en cuidar a los cuidadores pues probablemente tenga que ser la enfermera quien lo lidere, si a lo mejor resulta que estamos queriendo hacer una Intervención Comunitaria para prevenir las enfermedades cardiovasculares en la zona porque hay muchas o un tipo de patología o de enfermedad concreta pues a lo mejor eso lo tiene que liderar más el médico, si resulta que lo que estamos tratando es de ver un problema de salud que esté asociado a temas que tengan que ver con condiciones de vida, de vivienda pues a lo mejor tiene que liderarlo el trabajador social…" (ET4).

Otro de los criterios manifestados por las personas informantes ha sido el tamaño y ubicación del Centro de Atención Primaria. Se diferencia entre que la acción comunitaria se realice en un consultorio ubicado en zonas rurales de poco tamaño de población, en los que la implicación en este tipo de actividades se le atribuye a todos/as los/as profesionales, y aquellos Centros de Salud ubicados en zonas urbanas de mayor población dónde el equipo de salud lo conforman profesionales de distintos perfiles y esta función le es asignada a la propia dirección del Centro, a la enfermera/o, al Trabajador/a Social o a la Enfermera Gestora de Casos.

"Hombre, yo creo que por ejemplo los consultorios pequeños en los que hay a lo mejor dos médicos, dos enfermeros el equipo en si son todos porque es que la comunidad está tratada por ellos y son los que la gente lo identifican y a los que le hacen caso. En centros de salud a lo mejor más complejos o que haya diez o doce médicos o diez o doce enfermeros pues a lo mejor desde la dirección a lo mejor también el enfermero de enlace que está mucho también por ejemplo con el tema cuidadores y todo eso podría organizar a lo mejor no está tanto en horas a nivel asistencial pero si está con grupos de apoyo., por ejemplo, en XXX (denominación de centro de salud) está pues con los grupos de apoyo a las cuidadoras, los dependientes cuando hacen la tarjeta de Mas-cuidados o le ves algún tipo de necesidades de formación o de intervención en la comunidad porque se mueve más en ese ámbito que a nivel domiciliario por ejemplo. La Trabajadora Social creo que también tiene ahí mucha, mucha baza porque también detecta problemas y necesidades del usuario…" (EE6).

"… pero claro siempre debería haber un líder, el que diga pues igual que nos proponemos los objetivos que queremos conseguir, cosas a nivel asistencial, cosas a nivel de comunitaria, que se proponen pero que yo creo que en la práctica no se realizan como se deberían de realizar, que es más en el marco teórico que lo que realmente se hace" (EE6).

Otras manifestaciones perfilan directamente el tipo de profesional que debe ser responsable de la acción comunitaria en los equipos de salud de Atención Primaria. En este sentido, determinados informantes, a partir de su experiencia durante la formación en la residencia de Medicina de Familia erigen al/a Trabajador/a Social en exclusiva como garante, ya que en los Centros de Salud donde realizaron la Especialidad, era este profesional el que realizaba las actividades comunitarias. A lo largo del discurso le atribuyen esta función a la enfermera/o en exclusiva o de manera indistinta a ésta o al Trabajador/a Social. También se expresa que tanto el médico/a como la enfermera/o tienen el perfil adecuado para esta responsabilidad ya sea de manera independiente o conjuntamente, así como al Trabajador/a Social y a la Enfermera Gestora de Casos. Otras designaciones recaen en los técnicos de Distrito o en el propio equipo directivo. Se evidencia una dispersión en cuanto al perfil que debe tener la persona que ejerza como responsable de las acciones comunitarias, lo que indica cierto desconocimiento respecto a la finalidad de esta figura en el ámbito de la Atención Primaria y al papel que debe desempeñar en el propio equipo de salud, ya que las manifestaciones en los discursos se limitan a que es la persona responsable quien debe realizar las actividades comunitarias. El mensaje subyacente es que las acciones comunitarias no son consideradas como parte de la práctica profesional, sino como una responsabilidad que debe ser asumida por alguien concreto. Por tanto, la Intervención Comunitaria adopta un significado más bien teórico pero no forma parte del ideario profesional, manteniéndose al margen de la actividad diaria en los Centros de Salud.

> *"yo pienso, vamos creo que en este sentido el protagonista debía de ser igual una enfermera, yo pienso que es la más capacitada para desarrollar este papel"* (ET2).

> *"la trabajadora social, la enfermera de enlace…"*(ED15).

> *"Hombre, la trabajadora social tiene mucha relación con las asociaciones del pueblo. Y normalmente es la que más suele estar en contacto con este tipo de asociaciones que son, con las que se trabaja fundamentalmente. La enfermera de enlace también tiene mucho contacto con la comunidad y hace muchos trabajos a nivel de comunidad"* (ED4).

"Pues siempre en parejas, supongo. Porque como siempre hay una doble dimensión así, un médico y un enfermero" (EE12).

"Ahora ¿quién debe tener una responsabilidad global de todo eso? Yo a nivel de Centro de Salud, el director del centro de salud ese es quien cuando se trata de coordinar, de organizar, de planificar es él quien debe llevar la voz cantante ¿no? Para eso es su responsabilidad" (EM2).

No obstante, las recomendaciones de expertos en la materia como Marchioni (2009) o Astray (2012) respecto a la importancia de que exista un equipo multidisciplinar que se responsabilice de la acción comunitaria y que derive acciones concretas en las que participe el resto del equipo coincide con el contenido de algunos de los discursos.

"Yo creo que tendría que ser un equipo dentro del EBAP…que hubiera un referente de cada uno de los grupos grandes de profesionales, para que siempre ese grupo pudiera sentir que lo que se le está diciendo no es por parte de otro colectivo…sino que ese equipo está pensando cómo mejorar la Intervención Comunitaria que hacen todos" (EE8).

"Yo creo que tiene que ser multidisciplinar ¿no? Porque por ejemplo a mí, todo el mundo, hasta el auxiliar, yo que sé, el programa de cérvix, el auxiliar de enfermería por ejemplo, aquí si no fuera por… es la captación más activa que tenemos es a través de ella. ¿Por qué?, porque capta de todos lados, en fin, que yo creo que tiene que ser multidisciplinar" (EE5).

Podríamos comparar estas evidencias con los resultados de la investigación de Duro Martínez (2003), en la que se cuestiona quién debería hacer los grupos relativos a la Educación para la salud (EpS). Si partimos de que nuestros informantes asocian la Intervención Comunitaria a las acciones de EpS y al trabajo con grupos, se podría hacer un paralelismo en este sentido entre ambos estudios. Aunque el perfil de los/as que deberían ser responsables de las actividades comunitarias es más variado en nuestra investigación frente a la de Duro Martínez (2003), los/as profesionales de Enfermería y de Trabajo Social son los más nominados en ambos estudios para ser garantes de estas acciones. Sin embargo, las argumentaciones expresadas en los discursos contrastan con las expuestas en el trabajo precedente. El factor motivación y el factor tiempo se alzan como los principales elementos para atribuir estas funciones a los/as enfermeros/as y a los/as trabajadores/as sociales en el trabajo de Duro Martínez (2003). De esta forma se convierte en un punto de fricción entre

los diversos colectivos por la actitud, principalmente de los/as profesionales de medicina hacia la actividad estudiada, y por la valoración atribuida a cada colectivo dentro del marco de la Atención Primaria. En nuestro estudio, los requisitos argumentados para ejercer esta función y su asignación a los diferentes miembros del EBAP nos hace huir de una minusvalorada percepción de la acción comunitaria de forma generalizada.

5.3. La valoración de la Acción Comunitaria

La importancia que se le concede a la Promoción de la Salud es la nota característica que se observa en el discurso de los/as informantes. En este sentido, se ponen de manifiesto varios niveles secuenciales en la valoración que los/as profesionales realizan de la Intervención Comunitaria.

La Intervención Comunitaria se identifica como secundaria, poco prioritaria, menos importante, prescindible frente a las acciones obligadas por la demanda asistencial. Los/as sanitarios/as establecen un orden de prelación para la actuación sanitaria, en la que lo primero es la asistencia, después está la prevención y finalmente las acciones de promoción. Estas manifestaciones evidencian que la Intervención Comunitaria es concebida como una tarea más, sometida al proceso de priorización por parte de las Unidades Clínicas de Gestión que las van relegando para alcanzar los objetivos que, en su mayoría son de tipo asistencial. En este sentido, mientras no se reorienten los servicios sanitarios hacia una dimensión transversal en lugar de la jerarquización, será difícil que los/as profesionales de los Centros de Salud incorporen la Intervención Comunitaria como una parte importante de su quehacer profesional. Otras evidencias reflejan que, a pesar de la escasa valoración de la Intervención Comunitaria, habría que poner en marcha una estrategia para potenciarla como sería su inclusión en la cartera de servicio y dentro del horario laboral. Surge aquí un aspecto muy importante mostrado también en los estudios de Gutiérrez, Azpeitia & Vergara (2004) y de March y cols. (2014) sobre el voluntarismo de las acciones comunitarias que ha condicionado y sigue condicionando la práctica comunitaria.

> *"...el peso de la asistencia que yo reconozco que tiene que estar antes que lo otro, fíjate lo que te digo, antes no, sino más emergente más de emergencia es que cuando viene un tío con dolor de cabeza muy grande y temen que tenga cualquier cosa gorda*

ese lo tienen que atender mejor que al que viene a que tú le diga la prevención y al que viene de prevención lo tienes que seguir antes que al que viene a una charla de Promoción de la Salud (ET2).

"Tampoco creo yo que sea una cosa prioritaria vamos, ¿sabes? no creo que sea prioritario, pero vamos. Si se mete dentro de la jornada laboral es lo mejor, puede ser que se trabajara un poquito más, pero fuera desde luego no. A no ser que tuviera un incentivo aparte ¿no? … se hace esto pero a cambio tal. Pero por el amor al arte no creo que nadie se meta, vamos" (ECC7).

Esta valoración negativa responde a lo que observan en las decisiones de gestión y en la orientación que desde la Dirección de Atención Primaria se le está dando a su trabajo diario, plasmado en contratos con reducción de jornada, objetivos de gestión forzados, justificándose con la crisis económica el retroceso del Sistema Sanitario respecto a sus orientaciones y prioridades. A pesar de ello, emerge en parte de los discursos la necesidad de considerar las actividades comunitarias como algo importante que debería ser tenido en cuenta por parte de la Administración Sanitaria.

"A*l disminuir el tiempo, tanto el nivel de contratación que tengo yo ahora que es al 75% eso nos quita tiempo para hacer ese tipo de actividades que digamos pueden ser un poco más secundarias entonces se prima más la atención clínica o las urgencias… Yo no las considero secundarias pero hay que primar la atención clínica, la patología aguda y quizás también, bueno la crónica, que esos programas sí que se siguen un poquito más ¿no?* (EM13).

"Hombre porque como está el país, que estamos en crisis, que no hay ni dinero, que se está recortando de muchos sitios, esto de la actividad comunitaria como que ahora es de lo primero que se va a eliminar, sabes, porque es más importante ahora mismo lo que es la atención clínica y la urgencia y el atender al paciente que los programas de salud o las actividades comunitarias que eso pasaría a un segundo plano, pero yo creo que si es importante tenerlo presente y llevarlo a cabo, y yo creo que sí se está consiguiendo" (EM1).

Sin embargo, esas decisiones de gestión que finalmente rigen la práctica profesional entran en contradicción con los planteamientos teóricos y filosóficos presentes en los documentos oficiales de la Administración Sanitaria. Conforme iba avanzado el discurso, se hace alusión

a esa política corporativa para expresar la relevancia de las actividades comunitarias pero, por otra parte, de manera más contundente, se evidencia una incongruencia aludiendo a aspectos de comercialización del Sistema y proyección de una imagen coherente con los valores sociales imperantes que, en definitiva están convirtiendo a las personas usuarias en clientes.

> *"las actividades comunitarias hoy en día, cobran un nivel bastante más relevante porque la política corporativa de nuestra empresa dice que el usuario es el centro del sistema"* (ED11).

> *"la Participación Comunitaria, las intervenciones comunitarias no están calificadas como competencias esenciales, a pesar de nuestro pedido, son competencias más que están como ahí en un huequito como al final, aparecen por ahí"* (ET3).

> *"la Intervención Comunitaria se ha quedado más como un tema de imagen y de marketing social del sistema sanitario que como, como un interés real por desarrollar. Como marketing hay que seguirlo manteniendo pero no se derivan recursos ni personales, ni económicos para hacer ese tipo de intervención, entonces no se hace"* (ET4).

Emerge también por parte de las personas informantes, la escasa valoración que la mayoría de los profesionales les conceden a las acciones comunitarias, fundamentalmente por desconocimiento y/o escasa experiencia, aludiendo al cambio de perfil profesional y personal de la plantilla de Atención Primaria en los últimos años, principalmente de Enfermería, como consecuencia del sistema de traslado de personal del Servicio Andaluz de Salud (SAS), lo cual viene dificultando la Intervención Comunitaria.

> *"la gente no tiene la conciencia porque, hablando en concreto de mi equipo, por ejemplo ¿no? Si no vienen de la Atención Primaria, no lo han trabajado nunca, ni lo han escuchado, ni saben hablar en público, ni se plantean eso, piensas en la enfermera de tu consulta"* (ECC12).

Aunque la valoración de las actividades comunitarias es positiva, también se pone de

manifiesto en los discursos que éstas no tienen que estar, necesariamente, en las agendas de trabajo de forma permanente. Más bien son consideradas como acciones puntuales que se llevan a cabo en períodos determinados y es posible que esto responda a identificación las acciones comunitarias como actividades de EpS vinculadas al modelo divulgativo.

> *"Sí y no tan importantes como, no sé qué decirte. Las considero importantes pero no como para tenerlas que realizar constantemente o a lo mejor, yo no sé si puntualmente al año; no sé si cada x meses o, pero no como algo muy, más habitual. Porque es algo más bien como recordatorio para…"* (EE11).

No obstante, en la Representación Social de las acciones comunitarias emergen los motivos por los que se hace una valoración positiva de las mismas, expresándose que son un medio para mejorar las prácticas asistenciales así como para impulsar la Participación Comunitaria y la Educación para la Salud. Constituyéndose éstos como los principales motivos por los que la Intervención Comunitaria adquiere valor.

> *"Hombre, claro, es que para mí es lo principal. Si la gente, y la mala educación esta sanitaria que hace que urgencias esté hasta arriba de gente, es por eso. Porque falta esa dimensión, falta levarla a cabo. Pero a mí me parece lo más importante, enseñar a la población a cuidarse, a llevar una vida saludable, que es lo básico, y no tener que acudir a, al médico ante cualquier cosa ¿sabes?"*(EE12).

Otro de los significados atribuidos a la Intervención Comunitaria a través de la Representación Social, lo conforma las manifestaciones de las personas informantes que valoran esta intervención en base al beneficio que les reporta tanto en su dimensión profesional como personal. El intercambio de emociones, conocimientos, experiencias, vivencias, el crecimiento personal, la evolución de los/as participantes… que el trabajo en grupo genera, crea una elevada satisfacción en todos/as los/as implicados/as en el proceso, incluida la propia comunidad, aún reconociendo el escaso tiempo disponible para ello. Es evidente que a pesar de esta valoración positiva, hay dificultades para llevar a cabo estas intervenciones y que tienen su origen en la orientación del propio Sistema Sanitario que no las considera como prioritarias por estar excesivamente centrado en la práctica asistencial a través de una cartera de servicios que no responde a las necesidades de salud de la población

más allá de abordar determinadas enfermedades cuyos indicadores de calidad no son positivos.

> "*a mí, la Intervención Comunitaria, es una de las partes de mi trabajo que más satisfacciones me da. Porque la verdad, yo por ejemplo hoy termino con el grupo de que estoy haciendo ¿no?, y la verdad es que muy bien, porque aprendes mucho de la gente. O sea, tú tienes tu visión de las cosas, aprendes mucho con lo que ellos te van transmitiendo; y a mí me satisface mucho este tipo de trabajo, porque la verdad que luego te da mucha recompensa. Y después tú vas viendo cómo la gente va evolucionando, y cómo la gente va…es una de las actividades que más me gratifican a mí como profesional y como persona también me enriquece mucho, vamos"* (EGC4).

> *"los dos en eso pensamos que el trabajar con la comunidad en general ¿no? En este tipo de cosas es muy beneficioso para la comunidad y para nosotros. Ellos se acercan a la realidad del centro de salud comprenden mejor cuál es nuestro trabajo…la gente siempre en las experiencias éstas sale contenta, siempre, siempre que a veces nosotros nos quedamos y tenemos la duda si nos quedamos un poco corto con la información que damos porque para no entrar en información demasiada científica, que eso que no sea fácil de entender y te entra la duda y después la gente se queda siempre súper satisfecha, súper satisfecha y entonces la verdad es que yo creo que se trabaja menos de lo que se debería trabajar pero en este centro la verdad es que apostamos siempre mucho por eso, …"* (ECC1).

> "*la medicina comunitaria creo que efectivamente puede tener mucho de positivo que pueda enriquecer el trabajo que hacemos pero por eso en muy poquito tiempo es muy difícil de llevarlo a cabo "*(EM6).

Sin duda, la mayor valía de estas acciones radica en el beneficio que reporta a la Comunidad y al propio Sistema Sanitario. En este sentido, en los discursos, se hace referencia a la ganancia en salud individual y comunitaria por un lado y a la reducción del coste económico para el Sistema, haciendo referencia a la existencia de informes que así lo avalan. Las expresiones de las personas informantes denotan convencimiento y desesperanza a la vez, por no entender qué haría falta para un cambio de orientación desde la Administración Sanitaria. Vuelven a plantearse las dificultades para llevar a cabo las actividades comunitarias, sin embargo, también se valora como algo fácil y poco costoso para los/as

profesionales, aunque con la importante condición de que tendría que estar inserto en la cartera de servicios de Atención Primaria.

> "*Claro que las considero importantes porque eso se podría mejorar la asistencia a nivel integral ya que al paciente hay que atenderlo en todas las esferas,(0.3) la esfera social, de salud, biológica, psíquica y si el paciente está mejor informado está más concienciado con su salud o en el caso de que tenga alguna patología sabe cómo es su enfermedad, sabe cómo tiene que tratarla y cómo tiene que comportarse supongo que redundaría en el beneficio de todos, de toda la comunidad ¿no? Habría un nivel de salud mejor se podrían prevenir muchas enfermedades, muchas patologías que se dan muchas veces por desconocimiento o por un mal cuidado de la salud de cada individuo ¿no? Todo lo que sea eso redunda, supongo en beneficio de que una comunidad sea más sana y este mejor informada, mejor preparada para acometer cualquier actividad que redunde en el beneficio de su salud"* (EM11).

> *"...yo creo que es un instrumento, instrumento muy potente y que además demuestra su, demuestra su, como te diría yo, su, su capacidad de resolver y de mejorar la salud la ha demostrado. La cuestión, que es difícil establecer una metodología, entiendo que es difícil establecer una metodología pero que en cuestiones puntuales y para cuestiones particulares sí que ha demostrado que sirve y que es útil, es enormemente útil"* (EM2).

> *"...el problema es que cuando todo el mundo se convenza de que se gasta la mitad y se ahorra el doble trabajando en salud pública y en participación ciudadana, comunitaria, en Promoción de la Salud, salutogénesis como sea que lo quieras llamar, da igual porque al final todo tiene la misma base para mí, eso gasta la mitad y ahorra el doble, el día que se enteren de eso, ¡Ay como van a cambiar las cosas!"* (ET7).

> *"...cualquier intervención que hagas con una población por muy pequeña que sea y por muy chico que sea el pueblo, pues ya estás salvando un grupito de que pasen al siguiente paso y entonces creo que es muy agradecido cualquier cosa que hagamos es muy agradecido y creo que tampoco nos cuesta tanto, tanto trabajo. No creo tampoco que sea una sobrecarga de trabajo enorme, bien planificado y que estuviera dentro de nuestra cartera de servicios y que das muchos beneficios"* (EE6).

A pesar de esta valoración tan positiva sobre la Intervención Comunitaria, también se pone de manifiesto el escepticismo y las escasas expectativas frente al desarrollo de estas acciones.

"Yo creo que le quedan todavía mucho que mejorar que están un poquito verde, que se podría hacer mejor" (EM1).

"Yo creo, verás yo creo que deberíamos hacer más actividades comunitarias entonces yo siempre te voy a decir que lo veo regular ¿me entiendes? (ED15).

Frente a la dificultades expresadas para llevar a cabo la Intervención Comunitaria, sí encontramos otros discursos que llaman a la movilización de los/as profesionales como primeros responsables en el cambio de la orientación comunitaria de la Atención Primaria, cambiando sus acciones y aportando evidencia científica sobre la práctica comunitaria, aunque se percibe cierta incredulidad en parte de las personas informantes, porque este planteamiento lo experimentan como algo que no es compatible con la realidad de la Atención Sanitaria en los Centros de Salud.

"Vamos que es importante que hagamos Intervención Comunitaria y que nos movilicemos y que intentamos conseguir pues yo que sé… conseguir que la población esté más contenta y más saludable y que participe de su salud junto con los profesionales sanitarios… (risas)" (EM1).

"…los profesionales que estamos, si fuésemos conscientes de ese valor y protestáramos, y que analizáramos eso hacia arriba, diciéndole de forma contundente que no queremos contar actividad, sino resultados, resultados en salud; los directivos, los cargos intermedios, los cargos de distritos, esa creencia que tengo firme y sólida, si ellos la fundamentaran y la llevaran de abajo hacia arriba, podemos darle un vuelco" (EEGC1).

"*Yo creo que hay que demostrar con números a los políticos que las intervenciones comunitarias suponen un ahorro inmenso de un montón de cosas"*(EM3).

En la Asociación Libre de Ideas, los 90 informantes que participaron, expresaron en términos positivos y negativos el significado de las actividades comunitarias, aunque con

una clara inclinación hacia aspectos negativos (Anexo 14): *Complicado, Difíciles, Innecesarias, Ineficaces, Caras, Intereses de algunos directivos, Poca motivación, Burocracia…* Las denominaciones utilizadas en sentido positivo fueron: *Necesarias, Ahorro, Esenciales, Imprescindibles, Interés sanitario, Filosofía de la Atención Primaria.* También, otras expresiones delatan la realidad y las dificultades para su puesta en práctica: *Actividad escasa, Escasas, Inexistencia, Poco conocidas, Utopía, Falta de tiempo, Falta de medios, Política barata…*

Podemos afirmar que los significados atribuidos en los discursos a la Intervención Comunitaria, se acercan bastante a lo que es la realidad de la Atención Sanitaria en el nivel de Atención Primaria. Así, se reconocen las bondades de este tipo de intervención, las dificultades reales y el descontento con las orientaciones del Sistema Sanitario que, por una parte, lo plantea en su normativa legal y estratégica y, por otra parte, no facilita los recursos necesarios para que se lleve a cabo. La falta de credibilidad en el propio Sistema entre los profesionales sanitarios es evidente. No obstante, la Intervención Comunitaria se considera necesaria y viable pero es necesario reorientar el Sistema Sanitario hacia un enfoque de Promoción de Salud, sin obviar por ello el esfuerzo por dar una asistencia de calidad en el ámbito de la prevención y en el tratamiento de los problemas de salud de la Comunidad.

5.4. La orientación comunitaria de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva profesional.

Objetivo específico 2: Explorar la percepción de los profesionales de Atención Primaria en Huelva sobre la orientación comunitaria de los servicios sanitarios en este nivel de atención.

Es unánime el reconocimiento de que la atención primaria debe tener una orientación comunitaria al menos en el plano teórico. Ante la pregunta formulada los/as profesionales, en su gran mayoría, se pronuncian con afirmaciones rotundas e incuestionables sobre este asunto, que al descender al plano práctico de su propia realidad van matizando con respuestas que se sitúan en un gradiente con dos polos extremos, desde la ausencia total, prolongada y mantenida en el tiempo, pasando por la ausencia coyuntural, la disminución progresiva, la presencia parcial hasta la orientación total hacia la comunidad en la actualidad.

Vamos a seguir esta dirección en la descripción de los resultados: desde las opciones más pesimistas sobre la presencia de la Intervención Comunitaria en su realidad más inmediata a las más optimistas.

Hay opiniones tajantes que denuncian el escaso desarrollo de acciones de prevención y promoción dirigidas a la comunidad en Atención Primaria como un proceso iniciado y mantenido ya hace bastante tiempo. La ausencia de una orientación comunitaria no es reciente, ni coyuntural. Las declaraciones parten de un análisis más profundo y nostálgico de la orientación deseable tras la declaración de Alma-Ata y que estuvo presente en los orígenes de la reforma sanitaria pero que por diferentes motivos ha ido perdiendo la fuerza deseada. Tras estas declaraciones subyace una representación social firme y más elaborada de la Intervención Comunitaria presente en la minoría de los participantes en la investigación.

> *"mi opinión es que la orientación comunitaria que debe de tener, lo que yo entiendo como atención a la comunidad, que es sobre todo prevención, promoción, no se está haciendo. La Intervención Comunitaria que yo entiendo, hace años que se ha perdido, y últimamente es que ha desaparecido casi. Habrá zonas y centros en Andalucía en que se haga. Yo en mi contexto no encuentro (.), no encuentro que se hace, no hay la atención comunitaria que se le debe dar al usuario, en el sentido, de la orientación que yo le doy, que sobre todo es promoción…"* (EEGC1).

> *"Yo pienso que ha estado muchos años perdiendo esa visión, es decir, yo los primeros orígenes como te dije empecé en el* (…nombre propio*) era muy comunitaria, mucha Atención Primaria, luego hemos degenerado, bueno degenerado, hemos estado un montón de años, que nos han estado metiendo parte de la cartera de servicios hospitalaria con lo cual ahora radiografía, ahora espirometría, ahora; entonces hemos tenido una época en la cual se ha degenerado un poquillo el tema de la comunitaria. Y el tema de la educación para la salud, y el tema de participación como que se quedó ahí un poco en segundo plano, no se han dejado de hacer cosas pero en segundo plano"* (EEGC4).

Emerge en los discursos referencias constantes al voluntarismo de los profesionales sanitarios para llevar a cabo las actividades comunitarias, aspecto que coincide con estudios realizados a nivel nacional por Gutiérrez, Azpeitia & Vergara (2004) y March & cols, (2014), en los que se evidencia que la Atención Primaria no tiene una orientación comunitaria sino profesionales altruistas implicados en el trabajo comunitario pese a las exigencias de los/as directivos/as o incluso en ocasiones, en contra de las orientaciones de la propia Administración Sanitaria. En general, las personas informantes se muestran muy

escépticas con un futuro mejor para esta dimensión de la Atención Primaria dada la orientación de los objetivos de gestión.

> "*La Intervención Comunitaria la hacen profesionales que les interesa el tema, que somos cuatro, yo misma, el ET1, ECE y el MT2. El Distrito no valora, ni le importa el tema… la actividad está centrada en lo asistencial".* (DC, 20 de enero de 2011, pág.120).

> "Por supuesto sí se remarcó que todo esto lo ha venido haciendo durante mucho tiempo sin la aprobación del Distrito. El Distrito no ha visto nunca el enfoque que ella le ha dado al tema (referido al programa de mediadores en salud en jóvenes y el Plan de Intervención Comunitaria) y siempre han pensado que *"qué hace la TS haciendo estas cosas… pero yo no me inmuto porque ¿qué te puede pasar? Nada… me ha pasado algo, nada… y de haberme pasado ¿qué me hubiera pasado? ¿qué me manden a otro sitio? …No me han facilitado ni folios para hacer esta labor, porque esto eran cosas personales de la TS, pero a mí no me ha importado porque yo los he comprado de mi bolsillo"* (DC, 2 de noviembre de 2010, pág. 30)

> *"La intervención en Atención Primaria es asistencial… y cuesta mucho, cuesta mucho cambiar el chip ese de lo asistencial y creo que además vamos a peor evidentemente porque objetivos, prioridades, todo se centra en números, o sea, aquí lo que cuenta es fármacos, listas de espera, urgencias y creo que el ambiente no va a mejorar, es decir, va a deteriorar incluso ese papel"* (ET1).

Algunas manifestaciones ponen en duda incluso la orientación comunitaria en el pasado, considerando que no era una tendencia generalizada en el contexto, emergiendo la variabilidad como un elemento clave a considerar en la práctica profesional comunitaria. Variabilidad que se hace patente en un reciente estudio sobre la implantación de las actividades comunitarias de Promoción de la Salud en cinco Comunidades Autónomas en estudio (March & cols., 2014). En nuestra investigación, un primer elemento de esa inestabilidad se identifica en la descentralización de la decisión de orientar la atención de una determinada manera atribuida a los equipos de salud de las diferentes zonas básicas. Esta situación se evidencia cuando se pone de manifiesto que la mayor o menor tendencia hacia las actividades comunitarias depende de la Zona Básica de Salud, o más bien de los equipos de salud.

"yo creo que desde el principio se ha ido como deteriorando un poquillo, o dejando un poquito de lado la atención comunitaria, es mi opinión vamos" (EM8).

"*En los últimos tiempos, yo creo que no, que se hacen pequeñas intervenciones ¿no? como, pero no tiene una vocación así en ese sentido…. Si la tuvo, se perdió y se hacen pequeños conatos, y queda ahí en el, como que está presente ¿no?... Es que se ha perdido un poco. Tampoco fue muy claro, yo ya llevo unos cuantos años ¿no? y no hubo una concreción real de… , estaba muy sujeto a lo que cada centro quería hacer. Si un centro quería, tenía libertad y posibilidades de hacerlo ¿no? pero no se generalizó, en lo que yo conozco ¿no? de* (nombre propio)*... además se ha ido perdiendo con el tiempo"* (ECC12).

Otros informantes tienden a plantear de manera irónica la ausencia de la dimensión comunitaria en su ejercicio profesional y la inutilidad de los conocimientos relacionados con la Salud Comunitaria, evidenciando además un menor protagonismo de un determinado colectivo sanitario en las prácticas comunitarias de los Centros de Salud.

"Que además creo que hay una propuesta para retirar lo de comunitaria del título... Precisamente por la poca, yo creo que es un poco una especie de llamar la atención, es decir, porque eso creo que hasta parte de los propios médicos de familia…como diciendo ¿Cómo nos podemos llamar comunitarios si prácticamente no ejercemos una actividad comunitaria?" (EM2).

En este sentido, emergen en el discurso de los informantes otras variables externas a los equipos que inciden en esta tendencia, relacionadas más con aspectos profesionales y laborales, con la asignación del rol profesional, con las agendas y el contenido del trabajo establecidas por la propia Administración… que pretenden hacer patente la ausencia de la orientación comunitaria claramente determinada por factores ajenos a ellos. La regulación del SAS en 2001 que establece como estándar óptimo un tiempo de cinco horas de consultas en el centro por médico del Equipo Básico de Atención Primaria y día, es a la que se refieren los profesionales médicos, sobre todo, para argumentar la pérdida de esta orientación comunitaria. Igualmente las condiciones restrictivas y precarias de los nuevos contratos laborales determinan el perfil de la tarea a desarrollar y reduce la franja horaria de dedicación a otro tipo de actividades diferentes a las que tienen finalidad curativa. Pero la incorporación a la agenda de Atención Primaria de nuevos contenidos, nuevos procesos, otros procedimientos… hasta el momento desarrollados en Atención Especializada, reducen considerablemente el tiempo de dedicación a la prevención y Promoción de la Salud.

"*Nosotros tenemos una agenda que desde las 8 de la mañana a las 2 estamos viendo pacientes, entonces ahí se supone que de 2 a 3 es para formación que realmente… o reuniones todo ese tipo que es realmente donde se hace menos y después… pero claro después están los avisos domiciliarios que los haces también a última hora, entonces la verdad que es poco, es muy escaso el tiempo que se tiene para actividades de este tipo"*(EM8).

*"*A lo que Vd. ha dicho de qué ahora se hace menos Intervención Comunitaria ¿Por qué piensa que ahora se hace menos Intervención Comunitaria? *Porque nos han metido más cosas que nos ocupa todo el tiempo. No tenemos tiempo para nada, estamos en consulta hasta las 13 h. con 5 minutos para cada paciente porque no se quiere que haya demora y después nos han metido retinografía, espirometría, cirugía menor, sintron…"* (DC, 15 de noviembre de 2010, pág. 55)

Para algunos informantes de reciente incorporación como profesionales a los Centros de Atención Primaria, ha sido decepcionante comprobar que el motivo que les impulsó a trasladarse a ese nivel buscando el trabajo en Promoción de Salud en base a la formación recibida durante el pregrado no encontraba su correspondencia con la realidad de los Centros de Salud.

"*…había sido siempre una enfermera de hospital…pensé de venirme a primaria porque para mí era muy importante la Educación para la Salud, y yo me esperaba que cuando yo me viniera aquí a Atención Primaria, yo me iba a encontrar… pues que yo iba a trabajar en grupos con diabéticos, en colegios, en fin; y la verdad que no me encontré eso…"* (EE16).

"yo soy muy nuevo en primaria… pero cuando yo llegué a primaria, me encuentro que un cosa es el discurso que se hace sobre la primaria, incluso que yo había recibido en la formación en la escuela y otra cosa es la realidad. Y lo que yo veo en la realidad es más intervención individualizada sobre personas, es decir, y además bastante centrado en la demanda, en resolver demandas" (EE8).

En este sentido, estas expresiones de desesperanza, muestran la importante regresión del Modelo de Atención Primaria actual hacia el modelo sanitario con enfoque Biomédico existente en la década de los años noventa del pasado siglo XX, basado en una atención individual, puntual, orientada hacia la enfermedad, puramente asistencialista, a demanda, centrada en los pacientes como población diana de la atención y con una perspectiva sanitarista, en la que el protagonismo lo ostentaban los/as profesionales.

"Entonces se está perdiendo cada vez más, y se está, yo creo que todo esto va a dar vuelco…, a la forma antigua de ambulatorio. Poco a poco, hacer las tareas de actividades que es lo que cuenta y marcar en el Diraya y poco más" (EE9).

"No, no, no. Tiene una orientación asistencial total, vamos y es más yo creo que con los recortes hemos vuelto un poco a lo que era el ambulatorio" (EM5).

De esta forma emerge otra consciencia de la ausencia de la dimensión comunitaria, en este caso, atribuida a la situación circunstancial de la crisis económica y de recortes de recursos de los últimos años en sectores sociales como el sector salud.

"Antes de la crisis si se hacía o se estaba promoviendo un poco el hacer más, más actividades con la comunidad y hacer talleres." (EM5).

"Hombre, actualmente como está la situación creo que en estos momentos no lo veo yo muy enfocado ¿Por qué? Por falta de tiempo, por falta de personal, por falta de recursos y creo que está enfocado un poco más por el tema de la falta de recursos al tema asistencial, a ver el día a día del paciente" (EM11).

Esta visión del enfoque comunitario en el nivel de Atención Primaria viene justificada en gran medida para explicar la desaparición de unas actividades que, por otra parte, suelen ser percibidas con agrado por los/as profesionales en su práctica diaria. Depositan la responsabilidad en la propia Administración que no facilita los medios imprescindibles, ni establece unas condiciones favorables para hacer efectiva la Intervención Comunitaria.

Otros/as informantes no son tan pesimistas en su opinión de la orientación comunitaria de la Atención Primaria e identifican parcelas de la atención dónde se realizan acciones dirigidas a la comunidad. Se podrían englobar en el grupo de los/as profesionales que piensan que la Atención Primaria sí tiene una orientación comunitaria aunque parcial, sólo en algunas áreas, por lo general relacionadas con problemas de salud prevalentes en la población y con un enfoque de prevención. Van más allá, incluso identificando otros campos que son deficitarios en esta línea y dónde se podrían realizar más actividades.

"Yo pienso que en algunas áreas sí…, por ejemplo, en el tema del tabaco si se hace muchas actividades comunitarias, muchas actividades en grupo, pero hay otras que

no, por ejemplo en los diabéticos se podrían hacer más cosas a nivel comunitario" (EM1).

La variabilidad en el ejercicio de las actividades comunitarias dentro de los EBAP se hace de nuevo patente en declaraciones que expresan una distribución desigual de responsabilidades y carga horaria para llevar a cabo estas acciones, y que por tanto, determinan la opinión sobre la orientación de la Atención Primaria. Profesionales con un perfil más social, con una práctica profesional más avanzada e incluso especializada y, sobre todo, con unas agendas más flexibles, parece ser que tienen una mayor facilidad laboral para realizar estas actividades, lo que puede explicar que se ponga de manifiesto una visión algo más optimista sobre la orientación comunitaria en los Centros de Salud.

"Pero ya te digo que hace un par de años otra vez, desde las direcciones de distrito, otra vez han un poco impulsado que volvamos a hacer Participación Comunitaria. De hecho ahora con el tema del aumento de la jornada laboral, por ejemplo, a ciertos profesionales, como por ejemplo a mí, o al trabajador social o a la matrona, el exceso de jornada que tenemos que hacer de las treinta y cinco a treinta y siete y media, ellos nos aconsejan que la hagamos en temas de participación, en tema de grupos, en tema de ese tipo de actividades" (EEGC4).

En la línea de la valoración positiva respecto a la orientación comunitaria, una proporción considerable de los/as informantes, ponen de manifiesto la existencia de este enfoque comunitario en la Atención Primaria en la actualidad, con dos argumentaciones diferentes. Por un lado, quienes se basan en la concepción de la comunidad limitada a su dimensión geográfica que la iguala más al término de población y que les hace considerar que todo lo que se realiza en Atención Primaria va dirigido a la población y por tanto, todo es comunitario. Y por otro lado, aquellos informantes que manifiestan que, sencillamente, por el carácter de cercanía de los servicios de Atención Primaria a la ciudadanía y por ser considerada la puerta de entrada al Sistema Sanitario, ya le confiere esta dimensión comunitaria.

"*Hombre, siempre la ha tenido por lo menos teórica, siempre los centros de salud han estado centrados en el censo, sobre todo, en la población y abierto a la población, otra cosa es que luego se puedan desarrollar las actividades pero desde luego nuestro trabajo es comunitario evidentemente"* (ED14).

"Tiene una orientación comunitaria en el sentido de que siempre está enfocada a la

comunidad. Vamos que de hecho, el Centro está ubicado dentro de la comunidad y todo está relacionado con la comunidad" (ECC3).

"...pues porque la atención va encaminada a la comunidad y cada vez se abre más la cartera de servicios y la atención a, a todo tipo de personas ¿no?" (ECC8).

La segunda línea argumental está basada en el principio institucional de que el usuario es el centro del Sistema Sanitario y su participación en el mismo le atribuye el carácter comunitario. La aseveración de la orientación colectiva se apoya en el hecho de contar en el centro con una Comisión de Participación Ciudadana de reciente creación en algunas ZBS. Por Resolución SA 0077/12 de 20 de marzo de 2012 toda Unidad de Gestión Clínica tiene que crear dicha comisión con el objetivo de ejercer funciones asesoras para impulsar y promover la mejora continua en la garantía de los derechos ciudadanos respecto a la atención sanitaria recibida. La representación ciudadana se reduce a la elección aleatoria de dos miembros de la comunidad, de entre la población mayor de edad según las bases de datos oficiales del Servicio Andaluz de Salud y de diferente sexo. Hay que señalar que estas manifestaciones proceden fundamentalmente de personas informantes con cargos directivos.
La existencia de esta comisión no garantiza en absoluto la Intervención Comunitaria ni la participación efectiva de la comunidad, más bien constituye un referente institucional para impedir que exista un vacío legal pero que, al no dotar de los recursos humanos necesarios para la consecución de su objetivo, no tiene repercusión alguna para preservar los derechos de los/as ciudadanos y ciudadanas en la atención sanitaria, aunque algunos/as profesionales se escuden en ellas para justificar la orientación comunitaria de la Atención Primaria..

"Yo creo que sí, ahora mismo se están incluyendo muchas actividades de cara a la comunidad por el tema de la participación ciudadana que se ha introducido hace unos años" (ED2).

"*… el usuario empieza a tomar parte activa de las decisiones que se toman en la unidad de gestión. En nuestro propio centro de salud, sobre nuestra política de actuación, sobre nuestro enfoque comunitario y tanto es así, que ellos mediante su presencia física y personal de dos vocales titulares y dos suplentes forman parte de la comisión de participación ciudadana de la unidad"* (ED11).

CAPÍTULO 6.

LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS/AS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota.

Madre Teresa de Calcuta.

En este capítulo se presenta la información orientada a dar respuesta a los tres últimos objetivos de nuestra investigación. Nos hemos acercado a la práctica comunitaria en los Centros de Salud de Huelva con una doble mirada. Desde la perspectiva fenomenológica, con la pretensión, por un lado, de descifrar los elementos que definen la práctica comunitaria en el discurso de los/as profesionales y en el Diario de campo, y por otro lado, de identificar los factores que dificultan y favorecen la acción comunitaria. Esta visión, la hemos combinado con una descripción de las actividades comunitarias declaradas.

6.1. La Intervención Comunitaria en los centros de Atención Primaria de Huelva.

Objetivo Específico 3: Identificar los elementos que perfilan la orientación comunitaria de la Atención Primaria en Huelva.

El análisis de la realidad para la búsqueda de elementos que puedan perfilar la dimensión comunitaria de nuestro escenario de investigación ha tenido como referente el modelo de Kark & Kark (1993) que desarrolla la metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y las orientaciones de Astray (2012) que guían sobre cómo iniciar un proceso de intervención y Participación Comunitaria desde un Centro de Salud. Aunque los resultados sobre la percepción de los/as profesionales, técnicos/as y directivos/as nos ha aproximado a la realidad, se ha seguido buscando indicios que nos ayudaran a describir la práctica y el contexto en el que se realiza la misma. De esta forma nos hemos fijado en: la organización de la jornada laboral, la existencia del diagnóstico de salud como inicio de un proceso planificado de intervención, la designación de un profesional responsable de estas acciones, el trabajo en equipo, el protagonismo de la comunidad, el contacto y trabajo con otros sectores y las características de las actividades comunitarias.

6.1.1. La organización del trabajo en Atención Primaria

La organización de la jornada laboral de los/as sanitarios/as es un buen indicador acerca de la orientación comunitaria en la praxis profesional. Dicha organización difiere en función del

tipo de profesional, a excepción de la última hora de la jornada que es común para todos/as y está dedicada a la formación.

Respecto a los/las médicos/as, el trabajo se desarrolla desde las 8,30 hasta las 13,00-13,30 horas en atención demandada con carácter individual en consulta, repitiéndose este esquema en todas las Unidades de Gestión Clínica estudiadas. Esta dedicación viene regulada por el Servicio Andaluz de Salud (2001) que estableció como estándar óptimo un tiempo de cinco horas de consulta en el Centro de Salud por médico/a del Equipo Básico de Atención Primaria. Por lo que la propia Administración Sanitaria ha reducido al mínimo las posibilidades de que estos profesionales realicen otras actividades que no sean las clínicas-asistenciales. A partir de esta hora, los/as profesionales de medicina se han responsabilizado de los avisos domiciliarios, urgencias, del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix y de la mayor parte de las sesiones del Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, aunque las actuaciones grupales de la Educación Maternal son atribuidas a las matronas, así como alguna consulta inicial, según el Centro de Salud. En algunos casos, tenían incorporados en sus agendas acciones de Cirugía Menor y al menos un profesional de Medicina junto a otro de Enfermería por centro, se responsabilizaban de las sesiones de deshabituación tabáquica en grupo que se organizaban según la demanda y en horario que variaba por Unidad de Gestión Clínica. Dependiendo del centro, estas actividades vinculadas a programas concretos, se incluían en horario de tarde, un día a la semana. Aunque esto sólo se ha observado en algunos centros de las zonas urbanas.

Para los/as profesionales de Enfermería no existe una regulación administrativa similar. Sin embargo, la organización del trabajo ha sido idéntica en todos los Centros de Salud, dividiendo la jornada en dos partes iguales, una dedicada a la atención en consulta y otra a la atención domiciliaria. La atención de enfermería está sectorizada y personalizada. En la atención dispensada en la consulta están incorporadas además de las tareas puramente asistenciales (extracciones, inyectables, curas, dispensación de metadona, espirometrías, retinografías…), la atención a personas con problemas de salud crónicos, las actividades del Programa de Vacunación o las de otros programas como Planificación Familiar, pero siempre con una orientación individual.

> "Aproveché para preguntarle sobre la organización del trabajo de los médicos de familia, y me contestó que desde 8,30 a 13,30 h. estaban en consulta a demanda" (DC 14 de octubre de 2010, pág. 18).

"Pero normalmente nuestro esquema de trabajo normal es media jornada en la calle, la primera mitad de la jornada en la calle y la segunda mitad en la consulta del Centro de Salud; con pequeños perioditos, a lo mejor para vacunas, para qué más cosas, control de niños sanos, que ahora es las pruebas del talón esas que hay que hacer rápidamente, y qué más, y alguna gente tiene el programa de obesidad infantil, y luego así salpicado pues alguien hace un grupo, una sesión de grupo, o alguien hace algo de tabaco; y a lo mejor alguna vez pues se hace un par de sesiones más continuadas"(EE14).

Por otro lado, esta organización sufre modificaciones en los centros de Atención Primaria de las zonas rurales. La asunción de funciones como dispositivos de urgencias, les obliga a interrumpir sus actividades en el Centro para atender los casos preferentes e incluso para realizar desplazamientos al hospital, que en el mejor de los casos les ocupa un mínimo de tres horas. El tiempo se ocupa esencialmente en acciones asistenciales y es muy difícil programar acciones de carácter comunitario.

Otros profesionales como los/as pediatras también lamentan la sobrecarga asistencial de sus consultas, aunque puedan distribuir el tiempo entre atención a demanda y programada. Son las personas responsables del Programa de Seguimiento Infantil, en el que la participación de Enfermería ha ido reduciéndose hasta ser nula prácticamente en la mayoría de los centros o, puramente anecdótica a través de la intervención puntual en alguno de los controles. En cualquier caso, la orientación de la atención tipo individual, tanto por parte de los/as pediatras como de los/as enfermeros/as y sin intención alguna de programar acciones comunitarias, argumentando motivos de falta de tiempo, necesidad de invertir mucho esfuerzo para organizar estas sesiones para la escasa escasa participación y asistencias de la población. No obstante, las enfermeras y los enfermeros ha asumido cierto protagonismo compartido con los/las pediatras en el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN), en el que se realizan intervenciones y seguimiento de los/as niños/as con sobrepeso. Pero no en todos los centros se ha observado el desarrollo de este programa, ni se ha desarrollado de igual manera, prevaleciendo las intervenciones individuales frente a las comunitarias.

"*de 8,15 a 10 consulta a demanda, a 6 minutos por niño; de 10 a 10,30 h. consulta programada, que nos citamos dos por día, y de 11 a 14 h., consulta a demanda. La mayoría de las veces la media hora del desayuno ni la cogemos porque no tenemos tiempo ni para ir a desayunar"* (DC 20 de diciembre de 2010, pág. 94).

> "Le comenté mi interés por conocer lo que sobre Intervención Comunitaria se realizaba con la población infantil, a lo que la respuesta fue clara: *Intervención Comunitaria con los niños no se hace porque cuesta mucho organizarla y después la gente no acude*…. Ella (la pediatra) resaltó la importancia de insistir a los padres durante estos controles y durante la consulta a demanda en una buena educación para la salud, a lo que yo le objeté ¿*Y no habéis pensado en realizarla en grupo*? Ella me ofreció una respuesta negativa y se acogió al fácil recurso de "*es que no tenemos tiempo*" (DC 20 de diciembre de 2010, pág. 93-94).

> "A raíz de aquí estuvimos hablando también del programa de Niño Sano. *Enfermería solo participa en el control de los 6 años, para medirlos, pesarlos, visión, columna, hablarles algo de alimentación"*. Individual o colectiva le pregunté. *Individual"* (DC, 14 de octubre de 2010, pág. 17).

Otros profesionales del Equipo de Salud parecen tener una organización distinta y una agenda más flexible que les permite una mayor auto-gestión de su jornada de trabajo. En este sentido, la Enfermera Gestora de Casos (EGC), los/as Matronos/as y el/la Trabajador/a Social, son quienes pueden organizar su desempeño profesional de manera más contextualizada respecto a las necesidades del conjunto de la población a la que atienden. Aunque también la EGC estructura su jornada en dos partes, consulta y visitas domiciliarias, la distribución no es homogénea sino que se realiza en base a las prioridades de atención. Así, tienen una agenda abierta para la inclusión de actividades programadas de Atención Comunitaria. El perfil de estos profesionales, corresponde a personas con bastante años de experiencia como enfermeras de base en Atención Primaria, muy motivadas por el trabajo en este ámbito de atención y concretamente por las acciones de Prevención y Promoción de Salud, por lo que representan un sector muy motivado para la Intervención Comunitaria en este nivel de atención. En el caso de las Matrona, su organización del trabajo también es muy flexible, distribuyéndolo entre la atención en consulta, las visitas puerperales y la educación maternal. Al igual que el/la Trabajador/a Social, que aunque escapan de nuestra población de estudio, tienen una agenda abierta en la que insertar las diferentes funciones que se le atribuyen. En cualquier caso, se ha observado que a pesar de estas condiciones, la programación de acciones comunitarias en el ámbito de estos profesionales no es homogénea en todos los Centros de Salud, por lo que es posible que otros factores personales, organizativos, estructurales, formativos… puedan estar influyendo en las diferencias observadas.

La ampliación de la jornada laboral a cuarenta horas semanales cuya dedicación recae principalmente en actividades asistenciales y de urgencias, para todos los miembros del equipo, supone una limitación más en la posibilidad de orientar la atención hacia una dimensión comunitaria. Sin embargo, en los centros de la costa occidental de Huelva, se recogen evidencias de que esta ampliación podría facilitar la dedicación a actividades comunitarias para el perfil de la EGC y la Matrona, favoreciendo organizativamente la realización de las mismas.

> "*Desde el aumento de la jornada laboral, a la Enfermera Gestora de Casos, al matrono y al trabajador social se le está contabilizando ese aumento de jornada con trabajo con la comunidad"* (ECC1).

Las acciones con la comunidad estaban incluidas en la denominada Atención Continuada A, que incluía la realización de actividades de Prevención y Promoción de Salud, así como acciones para disminuir la lista de espera, fuera del horario laboral y con una remuneración adicional. Esta Atención Continuada A, desaparece del Organigrama Funcional en Atención Primaria, por lo que, la acción comunitaria que era incentivada por la propia Administración, deja de recibir ese impulso y, en consecuencia, repercute en el descenso de la motivación de los/as profesionales para su realización.

> "*Hombre en el horario laboral no ha estado nunca incluido, porque esas son tareas aparte. Ahora sí, de la manera que están las cosas, si la metes en el horario laboral a lo mejor podría llegar a algo"* (ECC7).

> "el tema de la Atención Continuada en Primaria… Hablamos sobre la dedicación de estas actividades que excede siempre de las 6 h/mes, estas horas son de atención directa con la comunidad, pero después las horas que se le dedica a preparar dichas sesiones y a organizar y preparar el material que va a utilizar o repartir en los grupos no está contemplado y se saca del horario personal" (DC 8 de noviembre de 2010, pág. 41).

Un dato relevante que emerge en los discursos, tal vez de los/as profesionales más críticos/as, y que justifica la organización y la priorización de la atención prestada en las Unidades de Gestión Clínica, está relacionado con la obligación de alcanzar los objetivos de

gestión. En este sentido, en los discursos emerge la expresión de sentirse prisioneros/as de estos objetivos que son los que marcan la dinámica de la práctica en los centros, determinando el nivel de productividad de la unidad y los/as sanitarios/as. Estos objetivos vienen impuestos por el Distrito Sanitario y no han sido consensuados por cada Equipo Básico, en función de las necesidades de su población o de las características y posibilidades de cada centro. En definitiva, son criterios economicistas los que guian la organización de la atención sanitaria en el nivel de Atención Primaria en lugar de las necesidades de salud identificadas y sentidas por las diferentes personas y grupos sociales que integran la población adscrita a los diferentes centros de salud.

> "*También puede pasar que el equipo a veces esté, vamos a ver, muchas veces nosotros hacemos actividades, que no es porque nosotros queramos hacerlas, porque nos parezca que son estupendas, sino porque nos vienen dadas por los objetivos que a nosotros nos marcan. Y a lo mejor resulta que, ahora está a ver la organización dice que hay que trabajar con tales grupos de población. Y ahora tú vas y trabajas con esos grupos de población, y a lo mejor ese grupo de población, yo que sé, tiene otras necesidades"* (EEGC7).

> *"es lo que yo digo se pasó a la medicina centrada en el profesional a la medicina centrada en el usuario y hay una medicina centrada en el icono, el indicador es lo que yo siempre he dicho la medicina centrada en el indicador punto es lo que interesa que el indicador este colgado en donde tiene que estar si el trabajador es mejor o lo que sea ya me da igual pero que el indicador tiene que estar puesto en su sitio, el icono"*. (EM12).

6.1.2. El Diagnóstico de Salud Comunitario

Cualquier centro con orientación comunitaria ha de partir de un análisis de la situación de salud que recabe información de los indicadores del estado de salud, de los estilos de vida, condiciones de vida, características, recursos y servicios de la comunidad, y de los problemas y necesidades sentidas de la comunidad. De ahí que a la tradicional información epidemiológica se le sume información más cualitativa extraída directamente de la población. En general, los centros estudiados carecen de esta etapa inicial, previa a cualquier

proceso de Intervención Comunitaria, salvo en dos tipos de Centros de Salud: los centros de Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), y los centros que están participando en los Planes de Acción Local en Salud con los ayuntamientos. En ambas situaciones, la iniciativa para realizar el diagnóstico de necesidades no parte del Centro de Atención Primaria, sino que surge en el seno de la plataforma comunitaria o del grupo motor que se crea en la puesta en marcha de los Planes de Acción Local, y a la que se incorporan opcionalmente los/as profesionales del Equipo Básico de Salud.

En una de las Zonas Básicas con una barriada catalogada ZNTS se contaba con un Diagnóstico de Salud actualizado, realizado de forma participativa desde la coordinadora de la zona, en el que habían intervenido la Trabajadora Social y una enfermera del Equipo de Salud. En otro de los Centros de Salud de ZNTS, tan sólo se había realizado el Diagnóstico de Salud en la población de mayores, también recientemente y de forma participativa desde la Comisión de Salud y con la contribución de dos enfermeros/as y la Trabajadora Social. Por otro lado, en dos Unidades de Gestión Clínica que participan en el Plan de Acción Local en Salud del Ayuntamiento de dos zonas rurales, también se hace alusión a la elaboración de un estudio de los problemas de salud de la población por iniciativa del grupo motor del plan, en el que están representados técnicos/as de diferentes administraciones: local, sanitaria y social.

> "Como primera acción deciden emprender desde la coordinadora de la zona un diagnóstico de necesidades, para lo que iban a colaborar estudiantes en la recogida de los datos, yendo a los domicilios, observando las viviendas, recogiendo información de los informantes clave (el del quiosco, la de la tienda, la maestra…De todos los problemas que se detectaron drogadicción, desempleo, mal estado de las viviendas y con muchas barreras arquitectónicas" (DC 2 de noviembre de 2010, pág. 32).

> "*se ha hecho una entrevista, una encuesta; se ha pasado un cuestionario a profesionales , a gente de la calle y se han sacado conclusiones de cuáles son los problemas de salud más importantes en el pueblo. Y se está preparando una jornada con ese diagnóstico de salud para mediados de marzo más o menos…ha sido del grupo motor, del plan local, es quien lo ha propuesto"*(ED2).

En otros centros de Atención Primaria, el Diagnóstico de Salud Zona (DSZ) está limitado a un informe sobre datos epidemiológicos actualizados aportados por los/as técnicos/as del

Distrito. Sin embargo, en gran parte de las Unidades de Gestión Clínica, ante la pregunta formulada sobre la existencia de DSZ, las respuestas se polarizan en mayor medida entre la negación más absoluta, la manifestación del desconocimiento de su existencia o la alusión a la obsolescencia del diagnóstico existente. En base a la representación social de cada informante sobre el DSZ, encontramos reacciones diferentes ante el reconocimiento de su ausencia: unos/as lo justifican, otros/as lo lamentan. Entre los argumentos que aparecen en los discursos de los/as profesionales se encuentran el alto coste de su realización para la rentabilidad que se obtiene o para los escasos resultados conseguidos. Algunos/as entrevistados/as han reconocido su inexistencia, pero expresando la necesidad de su realización para dar respuesta a lo que requiere la comunidad; incluso hallamos discursos que atribuyen el fracaso de algunas intervenciones en la comunidad a la ausencia de un estudio de las necesidades de la población previa a la intervención, valorando de este modo, la relevancia de su realización para una atención sanitaria eficaz.

> *"Como trabajo de investigación desde epidemiología se hacen, se hacen, se detectan los problemas de salud, mayor mortalidad, mayor morbilidad…"*(ED9).

> "*Disponemos de un diagnóstico comunitario, pero está obsoleto, es muy antiguo, no se ha vuelto a tocar, ni por el momento con los recursos que disponemos le podemos dedicar tiempo, fíjate una cosa que es clave ¡no? y que no lo podamos, o no lo tengamos como libro de cabecera de nuestras intervenciones"* (ECC6).

> *"Yo creo que no, así en general no, no sé si a nivel macro, posiblemente a nivel macro la Consejería pues hará sus valoraciones, y su medición de nivel de salud de la población. Supongo que sí, vamos a intentar pensar bien; pero a nivel local yo creo que no, yo creo que no*" (EE15).

6.1.3. El Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)

La Ley General de Sanidad (BOE nº 102, 1986, art. 63), ya definía que "los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades

encaminadas a la promoción, prevención…". El Equipo Básico de Salud en Atención Primaria ha estado conformado por un grupo interdisciplinar de profesionales que mediante las reuniones como elemento imprescindible de la dinámica de trabajo y ciertas habilidades sociales, de negociación, diálogo y tolerancia, ha establecido los objetivos, las prioridades, las acciones que van a definir y a orientar su cartera de servicios .Aunque el buen funcionamiento de estos equipos de salud viene determinado por diversos factores como, la historia, la ideología, la delimitación de funciones, la motivación, la afectividad, los métodos de trabajo, la información y comunicación o la competencia profesional (Tamborero, Vidal & March, 2011), sin duda, la existencia de esta cartera de servicios constituye un buen referente para los/as profesionales y, por supuesto, para la comunidad a la que atiende.

En la presente investigación hemos observado un distanciamiento importante entre el modelo comunitario presentado por la Administración Sanitaria y la práctica profesional. En los discursos se pone de manifiesto la inexistencia del trabajo en equipo, incluso las reuniones se convocan puntualmente y su contenido está orientado a facilitar alguna información general, o bien son sesiones de formación específica.

> *"Pues eso que un equipo de salud, en el cual se discute los objetivos que se van a hacer este año y cómo se van a hacer, qué opina uno y qué se puede hacer diferente, eso no existe. Como equipo no se plantea nada, por lo menos en los centros que yo conozco"* (EE14).

> "manifiesta su descontento con el funcionamiento del equipo, como si esto no fuera bien porque no hay equipo de trabajo. "*aquí no funciona el equipo, no sé por qué pero no funciona, no hay equipo"* y hace alusión al centro C, dónde trabajó con anterioridad, y del que dice que funcionaba muy bien y sí había trabajo en equipo" (DC. 3 de noviembre de 2010, pág. 38).

> *"Es que eso del equipo multidisciplinar suena muy bonito, pero yo creo que eso no existe como tal, al menos en primaria. Yo diría que un equipo como tal no existe y lo que más se puede parecer, es un pequeño equipo, o más bien informarnos entre compañeros"*(EE10).

> *"Nadie, aquí no se reúne nadie con nadie…Reuniones de equipo abolido por completo"* (EE2).

También se ha explicitado la existencia de conflictos funcionales, organizativos y de comunicación que dificultan las relaciones y la coordinación entre los miembros del equipo

y repercuten negativamente en la atención que se presta a la población. Asimismo, la organización del trabajo de las enfermeras y los enfermeros en la que la mitad de la plantilla de un Centro está en consulta mientras que la otra mitad está en domicilio, y viceversa, dificulta la existencia de espacios de encuentro para la planificación conjunta.

Otro de los factores importantes que representa una dificultad para la cohesión del Equipo Básico es el desconocimiento de competencias de determinados profesionales del equipo como el/a Enfermera/o Gestor/a de Casos y el/a Trabajador/ social por parte de algunos miembros con menos trayectoria en Atención Primaria, lo cual representa una disfunción relevante para un desempeño profesional con orientación comunitaria.

Es evidente que la ausencia de un trabajo en equipo da lugar a conflictos interprofesionales, como por ejemplo la superposición de competencias entre la Enfermera Gestora de Casos y el/la Trabajador/a Social en el control de material orto-protésico que, sin llegar a enturbiar las relaciones, sí crean cierto malestar.

> *"Lo que pasa es que no nos vemos, las enfermeras no nos vemos, se lo he dicho al (coordinador de cuidados) pero dice que es la mejor organización… los médicos paralizan el centro de 10,30-11 que se van todos a desayunar, pero por nosotras no se puede paralizar, porque la enfermera tiene que estar siempre ahí…"* (DC. 20 de octubre de 2010, pág. 25).

> "Al salir de la casa primero le comento si el caso lo había derivado a la Enfermera Gestora de Casos, y me encuentro que no sabe cuáles son las funciones de la Enfermera Gestora de Casos, no sabía para que servía esta figura. Además le comento si la Trabajadora Social ha valorado la situación y no me comenta nada. No quise hacer más preguntas por no poner en evidencia a la enfermera delante de la alumna" (DC. 24 de noviembre de 2010, pág. 74).

> "En la conversación también salió el roce de competencias entre la Enfermera Gestora de Casos y la Trabajadora Social. Sin tener una postura hostil, sí me dejó caer que la Enfermera Gestora de Casos se metía en competencias que no eran suyas, pero sin especificar aspectos concretos. *"yo dejo que haga lo que quiera, yo hago mi trabajo y si otros se implican en mi tarea, pues nada, para adelante"* (DC. 2 de diciembre de 2010, pág. 88).

6.1.4. La responsabilidad de la Intervención Comunitaria en los Centros de Atención Primaria.

En el análisis de las Representaciones Sociales de nuestra población de estudio, algunos/as profesionales expresaban acertadamente la necesidad de una comisión interdisciplinar dentro del equipo de salud encargada de la Intervención Comunitaria. Precisamente éste es el primer paso que Astray (2012) propone para aquellos centros que quieran iniciar un proceso de intervención y Participación Comunitaria. Dicha comisión interna para la acción comunitaria no se ha descrito en ninguna de las Unidades de Gestión Clínica estudiadas. Además, no se han identificado responsables de esta acción en prácticamente la mitad de los centros. En el resto, al/a Trabajador/a Social se le atribuye estas funciones por ser quien tiene un perfil más social y mantiene más contacto con las fuerzas vivas de la comunidad. En menor medida este liderazgo es compartido con la Enfermera Gestora de Casos, por la implicación de esta figura en las actividades comunitarias que se realizan en los Centros de Salud. En cualquier caso, no se ha observado una designación o nombramiento por parte del equipo o la dirección del Centro, sino más bien una atribución de sus compañeros/as por el grado de implicación en estas acciones y por sus contactos con la comunidad.

> "*sí, sí hombre aquí en las actividades comunitarias quien más participa, quien más, quien más lidera, organiza es la asistenta social…"* (EE15).

> "*Entonces en mi centro, por ejemplo, en este tipo de cosas…, el enfermero de enlace y la Trabajadora Social que están, es que están muy en contacto con la comunidad. Con distintas asociaciones, con el Ayuntamiento, entonces bueno pues ellos son fundamentales para todo, para cualquier actividad que tú te plantees con la comunidad, tú echas mano de ellos porque saben con quién tienen que contactar, conocen a todo el mundo"* (ED2).

La dedicación del resto del Equipo Básico de Salud en las actividades comunitarias ha sido muy variable en función del Centro y del perfil profesional. En este sentido, ha sido generalizada la designación del colectivo de Enfermería como el de mayor participación, argumentándose que suelen ser los de mayor motivación por estos temas o los de mayor disponibilidad horaria. La colaboración de los/as médicos/as es menor y puntual ante la demanda de las principales figuras responsables de este tipo de intervenciones, con

excepción de su implicación obligada en el desarrollo del Plan Integral de Tabaquismo con las sesiones de deshabituación tabáquica, en el que se exige la intervención de un/a médico/a para la prescripción de fármacos. En las actividades comunitarias asociadas a los Programas de Salud y en los Planes Integrales, se incorporan otras figuras, como la Matrona, estando siempre presente el/a enfermero/a.

> "*Enfermería, vamos de lejos y Trabajo Social. Las trabajadoras sociales porque esas sí que es verdad que lo tienen metido en la cabeza, hay de todo como en capilla… los trabajadores sociales es que forma parte de su esquema… y luego muchísimos enfermeros, muchísimos enfermeros en general, los enfermeros más jóvenes o no tanto más jóvenes como gente de primaria de verdad, de todo la vida…y luego hay muchos médicos sueltos"* (ET7).

> *"Los médicos no suelen participar a no ser que verás, en muchos talleres, me refiero en la organización, en lo es que lleva adelante las intervenciones. Sí que luego si tú por ejemplo, en una de las sesiones, mira pues vente y habla, pues sí que colaboran ellos. Pero luego lo que es la organización de la actividad y un poco llevar la coordinación, no suelen ser ellos quienes la inicien, normalmente solemos ser nosotros los enfermeros"* (EEGC4).

6.1.5. El protagonismo de la comunidad en las Unidades de Gestión Clínica.

El empoderamiento de la comunidad a través de la participación en la gestión de su salud ha estado ausente en nuestro escenario de investigación, ya que en los discursos se ha considerado que la implicación del Centro de Salud como institución no ha sido efectiva en dichos sistemas de participación, o que realmente no han planteado estrategias adecuadas capaces de vehiculizar la voz y la acción de la comunidad.

Las personas informantes expresan que aunque estructuralmente existan en las Zonas Básicas de Salud (ZBS), órganos de participación ciudadana, no se ha experimentado ningún avance en este sentido. Uno de estos órganos son las Comisiones de Salud que derivan de las plataformas comunitarias creadas en las Zonas con Necesidades de Transformación Social. A pesar de la importante labor de desarrollo comunitario de estas plataformas en las tres Zonas Básicas de Huelva capital, a pesar de la sólida estructura y organización de las mismas

y de la importante representación institucional, profesional y de movimientos sociales integrados en ellas, el Centro de Salud no ha estado presente de forma institucional sino representado por la presencia de profesionales que asisten a las reuniones o participan en algunos de los proyectos que se proponen dentro de la plataforma cuyo grado de compromiso social parte de su interés por los problemas de la comunidad y su preferencia por la Intervención Comunitaria, lo que les ha animado a implicarse en las acciones derivadas de esta estructura comunitaria, pero fuera de su horario laboral. Estas comisiones no son reconocidas como órganos de Participación Comunitaria por parte de los Centros de Salud ni tampoco por el Distrito Sanitario. Por consiguiente, el trabajo de estas comisiones no es considerado como algo fundamental en la planificación de la atención sanitaria ofrecida desde la Unidad de Gestión Clínica ni se valora o reconoce la labor de los/as sanitarios/as implicados/as, salvo para afirmar erróneamente que el centro está implicado en estas plataformas comunitarias.

> *"con todo el plan de, plan del (denominación del plan) que tenemos aquí tan bueno, y tan fenómeno y tan entre comillas tan fantástico, por ejemplo yo todavía no he conseguido ir, los que vamos ahí no hemos conseguido que el Centro de Salud presente sus objetivos y sus evaluaciones al foro de salud dentro del plan del (denominación del plan)por ejemplo ¿no? es decir que, se colabora, lo que se organiza, no sé qué, no sé cuánto, pero decir estos son los objetivos del Centro de Salud, qué pensáis vosotros población, o qué pensáis vosotros (denominación del plan), estamos de acuerdo, añadís algo, no; eso no se hace"* (EE15).

> "El plan (denominación del plan) funciona a base de proyectos subvencionados por la Delegación con los que se contrata a monitoras que dan los cursos. Ante esto le pregunté si en esas actividades estaban implicados los profesionales del centro. *Los profesionales del centro podrían asumirlo, pero ¿De qué horario? ¿Con qué horas?... El Centro de Salud no participa, son algunos profesionales comprometidos que sacan hueco de su tiempo libre"* (DC. 20 de enero de 2011, pág. 120).

Otro de los órganos de participación, regulado por Resolución del Servicio Andaluz de Salud 0077/12 y derogada dos años más tarde por Resolución 0149/14, de aplicación en Hospitales, Distritos de Atención Primaria de Salud y Áreas de Gestión Sanitaria, pretendía satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía. Para ello cada Unidad de Gestión Clínica disponía de una Comisión de Participación Ciudadana

con funciones asesoras, que debía reunirse al menos tres veces al año, en Diciembre, Abril y Septiembre y tenía que estar compuesta por la dirección de la Unidad que ejercía de presidente/a, otros cargos de gestión intermedios, profesionales designados por la presidencia y dos ciudadanos/as, elegidos al azar, hombre y mujer mayores de edad. La implantación de esta peculiar y sucedánea forma de participación ciudadana se observó en nueve de las Zonas Básicas estudiadas.

Difícilmente dos personas representan a toda una comunidad y carecen de los recursos suficientes para recoger las necesidades que tienen que trasladar a dicha comisión. Por lo que su participación se reduciría posiblemente a asesorar desde su visión personal, la orientación de los servicios. Sin duda, podríamos tildar de una medida inoperante e inefectiva, que responde a un proceso de marketing de la propia administración, más que a una verdadera intención de garantizar el derecho a participar.

La creación de los Consejos de salud fue establecido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 10 de su texto consolidado de junio de 2015, y reafirmado con la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en sus artículos 11,12 y 13 del Título III. Más tarde, por Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencial del Servicio Andaluz de Salud, se aprobó la carta de servicios en las que aparecían ocho formas de colaboración y participación de las personas usuarias. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y la ley 16/2011, de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía establecían como derecho la participación de la población, articulándose medidas para ello, que se verán reflejadas en el III y último Plan de Calidad de la Consejería de Salud. Es evidente, que legalmente no hay duda de la importancia que se le concede a esta herramienta de la Intervención Comunitaria, pero cómo en otros muchos asuntos, la ley hay que cumplirla y hacerla cumplir. La dejadez y los pasos en falso que se están dando son óbice del temor que siempre ha tenido la Administración y los/as propios/as profesionales a perder poder, dificultándose de esta forma, la participación de la comunidad.

Por otro lado, resaltar la escasa capacidad crítica y decisoria de los órganos de gestión y de los/as propios/as profesionales en la implantación de estrategias y herramientas comunitarias. Cuando se les pregunta por la Participación Comunitaria se remiten a las hojas de reclamaciones o el buzón de sugerencias, que no dejan de ser medidas que sitúan a la comunidad en el nivel 1 de participación según la propuesta de Astray (2012). Estos mecanismos de participación responden a las exigencias del mercado fruto de las transacciones comerciales que se producen en los servicios sanitarios y que después se

expresan como resultados de satisfacción de los/as consumidores/as o de los/as clientes/as que son los/as ciudadanos/as. El/la paciente en el centro del sistema, es una máxima repetida en los documentos de la Consejería que responde realmente a pura retórica.

6.1.6. El trabajo con otros sectores en Atención Primaria.

El trabajo intersectorial, como un elemento que caracteriza la práctica comunitaria en Atención Primaria ha aparecido escasamente en el discurso de los/as profesionales. En esta línea, las personas informantes han manifestado su inexistencia y las dificultades con las que se han encontrado al abordar problemas que requerían la colaboración entre diferentes instituciones, señalando los insuficientes canales de comunicación, las agendas y prioridades diferentes y los rígidos límites entre los diferentes sectores. Todos estos factores impiden que pueda darse una adecuada acción intersectorial. No obstante, en, las personas participantes identifican claramente los sectores con los que habitualmente se ha establecido algún tipo de relación, limitándose principalmente al sector educativo, a través del Programa Forma Joven, al sector social a través de los Planes de Acción Local en Salud.

> "*pero creo que todavía estamos los distintos sectores estamos muy compartimentados ¿sabes? O sea salud, servicios sociales, nosotros hemos hecho, cuando trabajamos con servicios sociales, pero compartimentado todavía, creo yo. Vamos y con educación, con educación se trabaja, por eso, porque tenemos el programa de Forma Joven, el programa del Piobin pero. Hombre, yo también lo que te voy a hablar desde la experiencia que tengo"* (EEGC7).

> *"No, yo creo que no porque incluso yo creo que eso es solo cuando nosotros vamos a ella, que creo que ellos no vienen por ejemplo en la salud escolar que a lo mejor detectas casos de acoso o de alimentación tipo bulimia, anorexia o de déficit de atención que lo detectan los profesores pero es muy difícil que ellos vengan a nosotros. Ahí sí creo que no nos ven como referentes. A lo mejor si la pediatra sí detecta algo y ya hablamos con ellos después ya si hay colaboración pero a ellos sí que creo que no nos tienen como referente"* (EE6).

> *"Profesores de los institutos y después también hemos estado trabajando con las asociaciones de vecinos, si, bastante, nos dicen esto lo otro, y a través de aquí pues se intenta hacer una cosa o la otra"* (EM3).

Sin duda, las dos figuras más vinculadas al trabajo intersectorial han sido el/la Trabajador/a Social y la Enfermera Gestora de Casos como garantes del mayor contacto con la comunidad. A pesar de ello, el nivel de desarrollo del trabajo intersectorial ha sido variable en función de la ZBS. En algunas de ellas no se ha dado ninguna acción con otros sectores; tal vez atribuible a que la presencia del/a Trabajador/a Social, al que se le asocia el mayor contacto con las fuerzas e instituciones sociales del entorno, haya sido a tiempo parcial. En las ZBS donde sí ha habido al menos alguna experiencia de contacto con otras instituciones y/o asociaciones, los niveles de implicación en el trabajo conjunto de carácter cooperativo o de coordinación, han sido variables.

En un nivel más avanzado, se han identificado cuatro ZBS rurales en las que mediante el acuerdo de los Ayuntamientos con la Consejería de Salud se inician los Planes de Acción Local en Salud. Esta estrategia exige a los ayuntamientos su compromiso para promover buenos hábitos de salud en la población y favorecer entornos saludables. Una de las primeras acciones ha sido la conformación de un grupo motor en el que estén integrados los sectores públicos y privados con capacidad para favorecer la salud. Aunque el grupo motor también admite la participación de los ciudadanos y ciudadanas, las comisiones conformadas en estas cuatro zonas son básicamente técnicas. En ellas están integradas la Dirección de los Centros de Atención Primaria que, en la mayoría de los casos, ha delegado en el/la Trabajador/a Social y en la Enfermera Gestora de Casos. El objetivo de estos grupos ha sido programar acciones que mejoren la salud de la comunidad desde un nivel de integración. El nivel de máxima intersectorialidad propuesto por Solar & cols. (2009) por el que se pretende definir de forma conjunta una política o programa que involucra a más de un sector constituye un referente importante. En este sentido, a pesar de las limitaciones comentadas con anterioridad, en este mismo nivel, podríamos integrar las Zonas con Necesidades de Transformación Social en las que, a través de sus plataformas comunitarias se está realizando un trabajo intersectorial integrado, aunque sea tan sólo por la participación de ciertos/as profesionales y no por la implicación del Centro de Salud.

“ …ha sido del grupo motor, del plan local, es quien lo ha propuesto… están en representación del Centro de Salud son la Trabajadora Social y el enfermero de enlace; y después desde el Ayuntamiento es el técnico de salud, y algunos más que yo ahora mismo no te puedo decir. No sé, en todos los miembros sé que hay de diferentes sitios, pero ahora mismo no te puedo decir qué sitios son, no me acuerdo” (ED2).

“*Hombre yo, ya te digo el ejemplo nuestro del Centro de Salud (nombre del centro) se está trabajando en el plan (nombre de la plataforma comunitaria). Se está trabajando con la gente de consejos municipales, asociaciones de vecinos de la zona, se está trabajando con gente de la Administración Sanitaria, o sea que ahí se trabaja de alguna manera no solamente a nivel de salud sino en otros ámbitos”* (EE15).

Hemos encontrado bastantes concordancias con otros trabajos centrados en las Representaciones Sociales de los/as profesionales de Atención Primaria sobre el Programa de Salud Familiar (Da Silva &Jorge, 2002; Ogata, Machado & Catoia, 2009; Gomes, Cotta, Araújo, Cherchigila & Martins, 2011) y los Programas de Salud Comunitaria (Gomes, Oliveira & Marqués, 2004; Reis & Andrade, 2008; Castillo & Winkler, 2010). Se evidencian dos aspectos relevantes y obstaculizadores del trabajo comunitario: En primer lugar, la hegemonía del modelo biomédico muy alejado del modelo epidemiológico social como principio básico para la Intervención Comunitaria, trasladándose a la visión que los/as propios/as usuarios/as tienen de la atención en los Centros de Salud vinculado al tratamiento de las enfermedades; y en segundo lugar, el escaso o incluso nulo trabajo en equipo interdisciplinar pese a ser identificado por los/as profesionales como necesario para la Intervención Comunitaria. La preponderancia de las actividades clínicas o el interés de determinadas herramientas comunitarias para la mejora del uso de los servicios sanitarios que están presentes en la práctica de los/as profesionales de nuestro estudio, nos hacen afirmar la vigencia de este modelo biomédico en nuestro contexto sanitario. Igualmente el trabajo en equipo brilla por su ausencia en el funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica, aunque no emerge de forma generalizada en el discurso de los/as sanitarios/as como un obstáculo o una necesidad para la actividad comunitaria.

Por otro lado, el trabajo de Mosquera, Zapata, Arango & Varela (2001) pone de manifiesto las resistencias que los gestores sanitarios y las asociaciones de ciudadanos ofrecen al valorar el potencial de la Participación Comunitaria en la calidad de los servicios sanitarios, y por tanto, en responder al discurso y voluntad de los políticos menos escépticos en este sentido. Gestores y usuarios coinciden en reconocer el conocimiento limitado de los/as

usuarios/as sobre el Sistema de Salud como un obstáculo para la participación real, pero los/as ciudadanos/as también denuncian la carencia de canales de comunicación y de mecanismos de participación. Hay una falta de confianza de las personas informantes en la finalidad de las asociaciones comunitarias. En nuestro caso, las referencias a una herramienta necesaria de la participación en el trabajo comunitario, evidencia su importancia no para las decisiones globales sobre la salud de la comunidad y su participación en la satisfacción de sus necesidades de salud, sino como elementos informativos y/o decisorios en la gestión de recursos del Sistema de Salud. En los discursos se menciona la existencia de un órgano de participación, sobre el que se hace una valoración positiva a pesar de las exiguas posibilidades de influir en el Sistema y de recoger las necesidades de la comunidad.

6.1.7. Las Actividades Comunitarias y sus características.

Objetivo Específico 4: Caracterizar las actividades comunitarias que se realizan en el contexto de Atención Primaria en Huelva y observar el grado de implementación de las acciones comunitarias con evidencia científica en la práctica.

Para terminar de perfilar la dimensión comunitaria de la práctica en Atención Primaria en nuestro escenario de investigación, tendríamos que añadir, a los elementos hasta aquí detallados, la descripción de las diferentes actividades comunitarias localizadas durante nuestro tiempo de estudio, objeto de nuestro siguiente apartado.

Los resultados que se ofrecen están referidos a las Actividades Comunitarias que se han observado y declarado durante el trabajo de campo de esta investigación en 17 Unidades de Gestión Clínica (U.G.C.) de los Distritos Huelva-Costa y Distrito Condado-Campiña. La construcción de este apartado se ha realizado en base a las aportaciones de las personas informantes clave a través de las Entrevistas y a través de la información recogida en el diario de campo de la técnica de Observación Participante donde se han reflejado los datos observados y facilitados en las conversaciones informales durante la estancia de la investigadora en tres centros de Atención Primaria.

El número de actividades manifestadas por las personas informantes fue de 117. En un cribado inicial se aplicaron los criterios de inclusión considerados en el apartado de

metodología de este trabajo basados en los propuestos por March y cols. (2011) y se seleccionaron 81 acciones comunitarias. La eliminación de 36 actividades de las inicialmente declaradas se realizó en su gran mayoría porque eran acciones que identificaban el programa de salud y no la actividad grupal concreta o eran acciones de detección precoz o de prevención de un problema determinado (18 actividades). Diecisiete actividades estaban referidas a acciones puntuales, de las cuales ocho eran charlas limitadas a la transmisión de información.

La distribución de estas actividades por los diferentes Centros de Salud ha sido desigual, según se observa en la Figura 19. Un centro sobresalía con la máxima frecuencia de actividades (12), seguida de seis centros que acumulaban de 6 a 8 actividades. Con una frecuencia menor de acciones comunitarias (4-6 actividades) se situaban cuatro de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y, finalmente, encontramos un grupo de otros seis Centros de Salud dónde la frecuencia de actividades comunitarias era simbólica o inexistente (0-3 actividades).

El 61,72% de las actividades se han realizado en Centros de Salud de zonas rurales y el 38,27% en las UGC de zonas urbanas, aunque teniendo en cuenta que se han estudiado más centros de zona rural, la media y desviación típica por UGC era muy similar.

La relación de actividades comunitarias declaradas por cada UGC aparece reflejada en la Tabla 15, de la que vamos a comentar dos aspectos significativos.

El primero de ellos es la infradeclaración de algunas actividades de implantación generalizada en todas las Zonas Básicas de Salud (ZBS), como es el caso de la Educación Maternal o los Programas de Salud Bucodental. En el caso de la Educación Maternal, teniendo en cuenta que la identificación en las tres primeras UGC que aparecen en la Tabla 10 se realizó por la técnica de Observación Participante, tan sólo hubo dos UGC en las que se declararon la Educación Maternal como una acción comunitaria, a pesar de estar implantada en todos los centros de Atención Primaria.

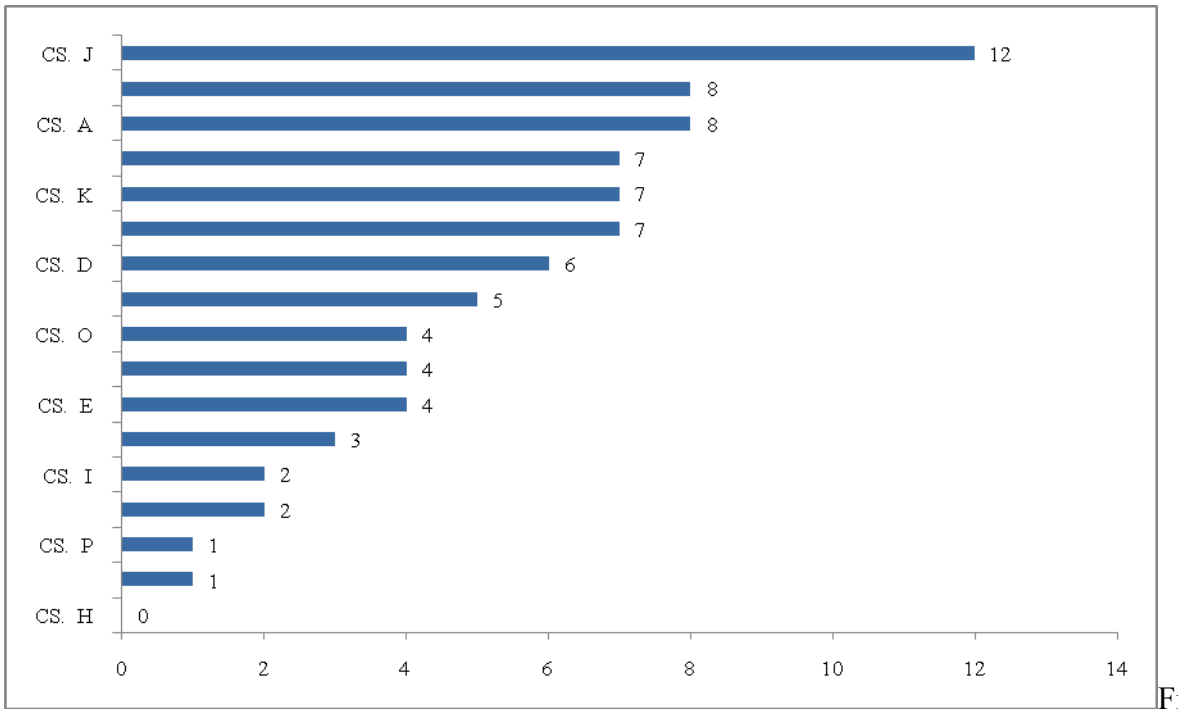


Figura 19. Distribución de Actividades Comunitarias por Centro de Salud.

En los discursos se pone de manifiesto la falta de integración de las matronas en los equipos de salud cuyos motivos responden básicamente a la independencia profesional con que desarrolla su trabajo.

> *"Mira cuando llegué la gente no sabían ni cómo se llamaba la matrona anterior, porque no tenía agenda electrónica, no se iba a desayunar, entraba a la hora que le daba la gana, se iba, en fin que vivía completamente ajena al centro. La gente pedía directamente cita con ella, la gente no sabía nada. Ni sabía lo que hacía, ni lo que dejaba de hacer ni nada. Y eso no va conmigo" (EE8).*

Este desconocimiento nominal, indicador de una escasa relación con el equipo de salud del Centro ya había sido identificado a través de la Observación Participante.

> "De vuelta a la consulta, recogimos y nos fuimos a desayunar. Antes de salir del centro nos tropezamos con la Matrona y E1 me la presenta. Le comento lo que hago allí, y le parece muy bien, y a la vez me comenta que mañana tiene Educación Maternal a las 10 h., invitándome a asistir. Le digo que llegaré al centro sobre las 9,30 h. y que la buscaré, agradeciéndole su invitación. Al distanciarnos le pregunto a E1, cómo se llama la matrona. Y se encoge de hombros sin saber su nombre. *"Bueno ya se lo preguntaré mañana"* dije yo. Lo cierto es que no le di mucha importancia

que no lo supiera porque me había dicho anteriormente que estaba supliendo a la matrona que estaba de baja y pensé que llevaría poco tiempo" (DC, 6 octubre de 2010, pág. 8-9).

"Es una chica joven, le pregunto si estudió en Huelva y me dice que no que es de (nombre de la ciudad), y que lleva 6 meses sustituyendo a la Matrona titular que está de baja (me acordé de E1 que no sabía su nombre y lleva 6 meses en el centro)" (DC, 7 octubre de 2010, pág. 10).

Por otro lado, el programa Sonrisitas o el de Aprende a Sonreír tan sólo fue citado en tres ocasiones, a pesar de ser acciones que se realizaban en las guarderías que lo solicitaban y en todos los Centros de Educación Infantil y Primaria, ya que quienes integran el dispositivo de apoyo de Odontología tienen su dedicación mayoritaria en la demanda con escasa disponibilidad para el desarrollo de programas de salud bucodental en los centros educativos.

Otra de las características a destacar de las actividades comunitarias identificadas es que el 75,30% derivan de los Procesos Asistenciales Integrados, Programas y Estrategias de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud cuya implantación es generalizada en las diferentes Zonas Básicas, frente al 24,69% que se realizan en base a una demanda o a la satisfacción de las necesidades concretas identificadas en los grupos de la comunidad que atiende cada UGC Estas segundas intervenciones se concentran principalmente en dos Centros de Salud (Figura 20).

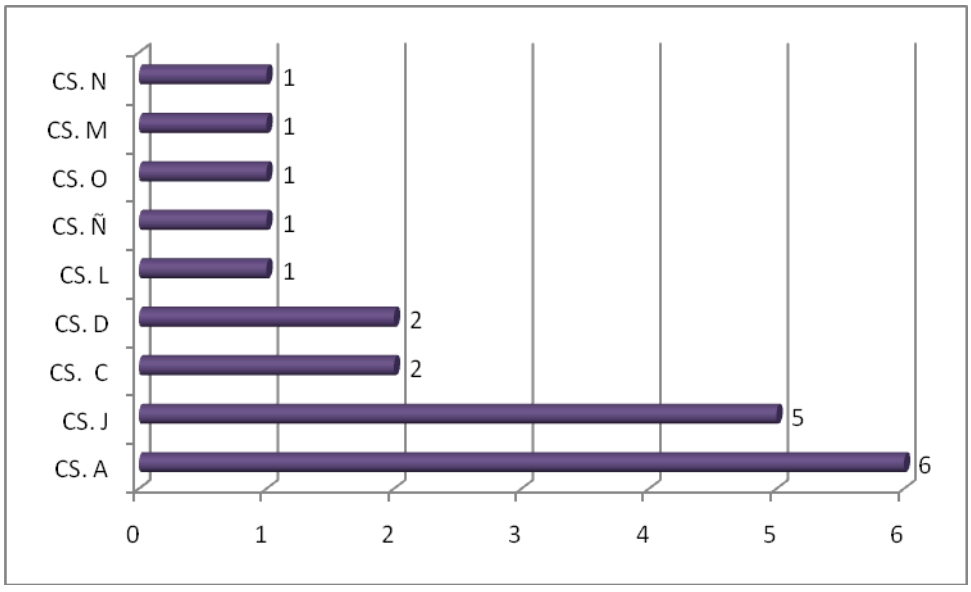


Figura 20. Distribución de Actividades Comunitarias no derivadas de los programas y estrategias de la Consejería de Salud por Centro de Salud

Esta circunstancia influye en que las actividades tengan continuidad en el tiempo (85,18%) o sean puntuales (14,81%) y que se realicen habitualmente en el horario laboral (75,3%).

La agrupación temática de las actividades comunitarias nos indica que el 23,45% de las actividades tratan aspectos de Salud en General; con igual frecuencia (16,04%) se realizan actividades comunitarias relacionadas con el tabaco y la atención a las/os cuidadoras/es; el 12,34% de las intervenciones estaban dirigidas a la atención a las personas con alguna enfermedad cronicidad; el 8,64% de las actividades estaban centradas exclusivamente en la actividad física y (8,64%) en activos en salud. La educación maternal constituyó el 6,17% de las acciones, la alimentación el 4,93% y la salud bucodental el 3,70% (Figura 21).

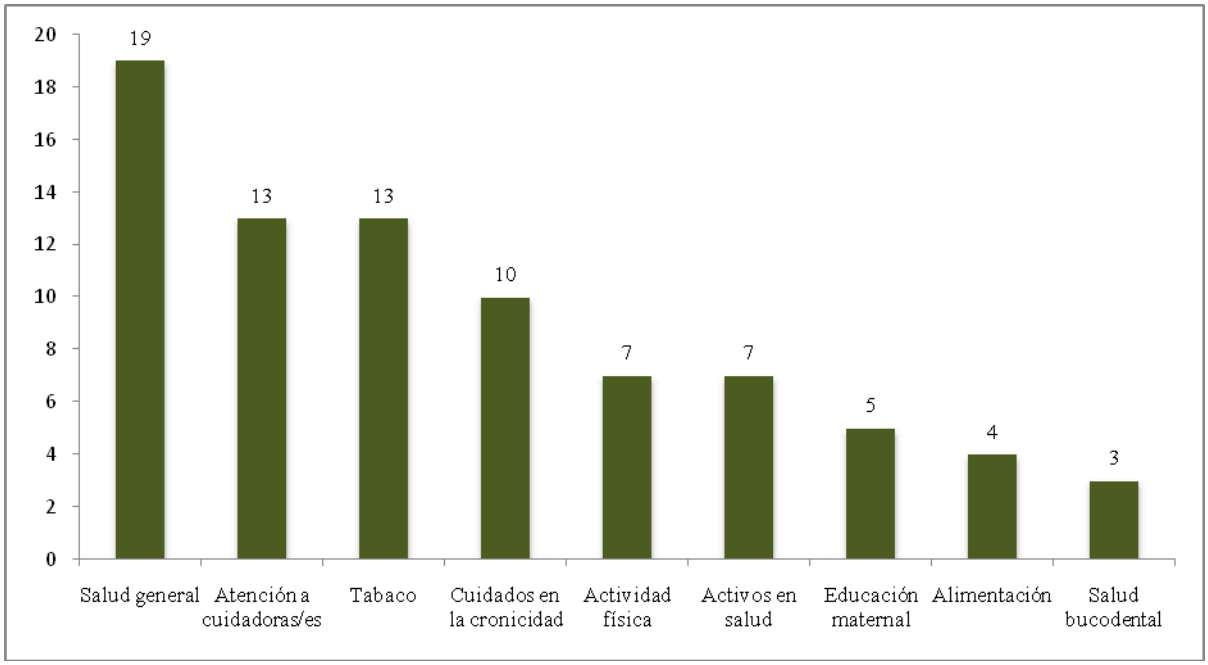


Figura 21. Frecuencia de Actividades Comunitarias según temática.

Es importante señalar que no se ha declarado ninguna actividad comunitaria de aplicación en el ámbito escolar, quedando reducidas a las acciones preventivas incluidas en el Programa de Vacunas.

> "Terminada ya la consulta y mientras que E1 anotaba y comprobaba su agenda y hablaba por teléfono, fui a buscar a la enfermera responsable del programa Salud escolar E4, al decirle que E1 me había comentado que era la encargada de este

programa me dice con una actitud algo recelosa *"yo no soy la encargada, sólo me ocupo de las vacunas en el colegio (pausa 2 seg.) bueno alguna vez he dado alguna charla en el colegio…)"*(DC, 6 de octubre 2010, pág. 8)

Aunque las actividades pueden tener más de un objetivo, la información se ha organizado considerando el propósito inicial de la acción.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD COMUNITARIA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Mejorar la calidad de vida	18	22,2 %
Modificación de conductas de riesgo	18	22,2 %
Fomentar hábitos saludables	15	18,5 %
Promocionar la salud en general	14	17,2%
Crear activos en salud	9	11,1 %
Aumentar la capacidad de autocuidados	7	8,6 %

Tabla 16. Objetivos de las Actividades Comunitarias.

Las actividades se distribuyen con cierta homogeneidad siendo las más frecuentes las que están orientadas a mejorar la calidad de vida, como los talleres dirigidos a las/os cuidadoras/es o a las personas con Fibromialgia. Con la mima frecuencia se mencionan las acciones que pretenden modificar las conductas de riesgo entre las que se han incluido los grupos de deshabituación tabáquica, los de obesidad infantil o los grupos de consejo dietético. Le siguen muy de cerca las acciones encaminadas al fomento de hábitos saludables, entre las que se han incluido las acciones de Forma Joven, de las que en los discursos se mencionan principalmente, intervenciones de alimentación, sexualidad, prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual así como hábitos tóxicos con el programa A No Fumar me Apunto. Es importante mencionar que una de las acciones clasificadas en la temática de Forma Joven se ha excluido de esta opción porque su pretensión era la de formar mediadores en salud entre los jóvenes del Instituto de Secundaria de la Zona Básica, incluyéndose en la categoría de crear activos en salud. Dentro del grupo

de actividades para fomentar hábitos saludables estarían también el conjunto de intervenciones para el fomento en exclusiva de la actividad física. Las acciones, que bajo el modelo salutogénico, pretenden activar recursos que generen salud en los demás, suponen un 11,11% del total. Entre ellas se han incluido el programa de jóvenes mediadores en salud comentado con anterioridad, los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria (GRUSE), los grupos de ayuda mutua con cuidadoras y la creación de una red social de voluntariado. Las menos frecuentes han sido aquellas clasificadas bajo la pretensión de aumentar la capacidad de autocuidados entre las que estaban las actividades de educación maternal y la escuela de pacientes. El resto de actividades se han clasificado como acciones de Promoción de Salud en general (17,28%).

Las actividades declaradas con más frecuencia (19,75%) han estado dirigidas a la mujer y, específicamente a las personas cuidadoras el 18,51%. Si tenemos en cuenta que la gran mayoría de cuidadoras/es que han participado en los talleres que se organizan en Atención Primaria son mujeres, podríamos acumular las frecuencias y prácticamente el 38% de las acciones tuvieron a las mujeres como personas destinatarias. Una distribución más específica, sitúa a las madres en un 8,64% de las actividades. La población general fue el centro de interés del 17,28% de las intervenciones y un 16,04% las personas fumadoras. Las intervenciones destinadas exclusivamente a la Promoción de la Salud de la población mayor fueron las menos frecuentes (3,70%).

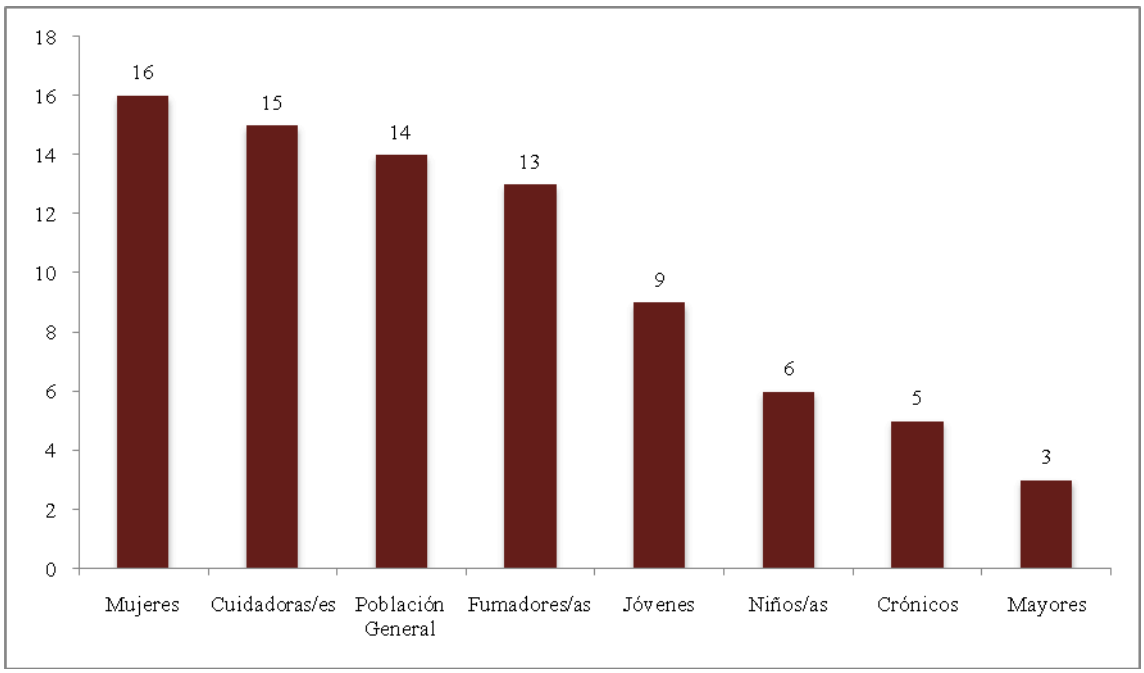


Figura 22. Frecuencia de Actividades Comunitarias según población diana.

Con respecto al escenario donde han tenido lugar las actividades comunitarias, hay que destacar que más de la mitad (54,32%) se han llevado a cabo en el Centro de Salud y el 39,5% en diferentes espacios comunitarios (centro social, colegios, guarderías, residencias, instalaciones deportivas, en la propia barriada)). Hay un 6,17% de acciones de las que se desconoce la localización exacta de ejecución.

El número de profesionales del EBAP implicados en cada acción comunitaria ha sido otro de los elementos importantes considerados en el análisis. En el 32% de estas actividades sólo ha habido un profesional implicado en cada actividad. En el 4,93% de las actividades han participado más de una persona del EBAP, y en el resto oscilan entre dos y tres profesionales.

Respecto al perfil profesional de los miembros del equipo de salud que coordinan estas actividades y las ejecutan, las personas informantes manifiestan que una proporción elevada (27,16%) recae en la figura de la Enfermera Gestora de Casos, siendo las actividades más relevantes los talleres a cuidadoras, la escuela de pacientes, los grupos de ayuda mutua, así como los talleres de envejecimiento. Los/las profesionales de Medicina tienen la responsabilidad del 16,04% de las acciones comunitarias relacionadas exclusivamente con la coordinación de los grupos de deshabituación anti-tabáquica. Los/as Trabajadores/as Sociales tienen un papel activo en la coordinación de los grupos GRUSE, en el programa Forma Joven de algunas Zonas Básicas y en la actividad de Por un Millón de Pasos (14,81%). Las enfermeras y los enfermeros junto con las matronas lideran el 11,11% y 7,40% de las actividades comunitarias, respectivamente. El resto de las actividades comunitarias (8,64%) se coordinan de manera conjunta por parte de las personas que integran el EBAP.

Respecto a la ejecución de las actividades comunitarias, las/os enfermeras/os fueron los/as profesionales implicados/as en el mayor porcentaje de intervenciones (44,4%), seguida de la Enfermera Gestora de Casos (27,1%), siendo los/las Pediatras, las personas con menor implicación en las actividades comunitarias. los/as médicos/as y en cuarto lugar los/as trabajadores/as sociales. La matrona además de las actividades íntimamente relacionadas con la etapa del embarazo y puerperio, suele participar en el programa de Forma Joven. Los/as profesionales del Equipo Básico de Salud menos implicados/as en las acciones comunitarias

han sido los/as pediatras (6,17%). Como se observa en la Tabla 17, también han colaborado los/as profesionales de los dispositivos de apoyo del distrito, en este caso los del servicio de odontología y la unidad de rehabilitación y fisioterapia.

Profesional	COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES		EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Enfermera Gestora de Casos	22	27,1	28	34,5
Enfermera/o	9	11,1	36	44,4
Fisioterapeuta	1	1,2	8	9,8
Matrona/o	7	8,6	11	13,5
Medico/a	13	16,0	23	28,3
Odontólogo/a	3	3,7	3	3,7
Trabajadora Social	12	14,8	21	25,9
Varios	7	8,6	5	6,1
No identificados	7	8,6	2	2,4

Tabla 17. Perfil de los profesionales sanitarios que coordinan y ejecutan actividades comunitarias.

Respecto a los sectores implicados en el desarrollo de las actividades comunitarias, las personas informantes explicitan que el 55,5% de las acciones fueron intervenciones exclusivamente del sector sanitario frente al 44,4% que se realizaron en colaboración con otros sectores de la comunidad. Las áreas implicadas fueron principalmente los centros educativos de las zonas (36,1), las asociaciones de vecinos y otras asociaciones (27,7%). Ayuntamientos a través de los Planes Locales de Salud (16,6%) y sólo un 5,5% parten de una comisión realmente intersectorial dónde están integradas todas las instituciones y organizaciones de la zona, situación que la encontramos tan sólo en dos Zonas Básicas de las consideradas como Zonas con Necesidades de Transformación Social (Figura 23).

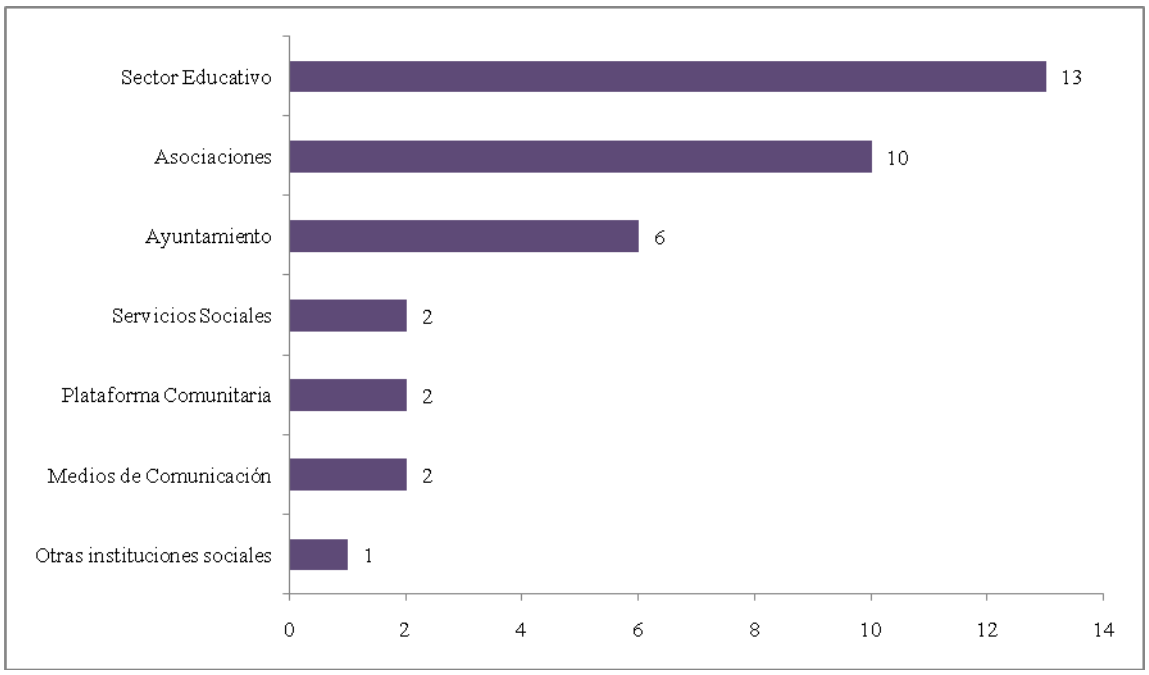


Figura 23. Distribución de Actividades Comunitarias intersectoriales por los sectores Implicados.

Siguiendo la clasificación del nivel de intersectorialidad propuesto por Solar y cols. (2009) podemos afirmar que en tan sólo el 20% de ellas ha existido un trabajo intersectorial integrado, en el que hay una labor conjunta desde las primeras fases de la planificación de la acción y en el desarrollo de las mismas. En la gran mayoría (58,3%) la tipología de intersectorialidad sería la de coordinación y en el 22,2% hay un trabajo de cooperación (Figura 24).

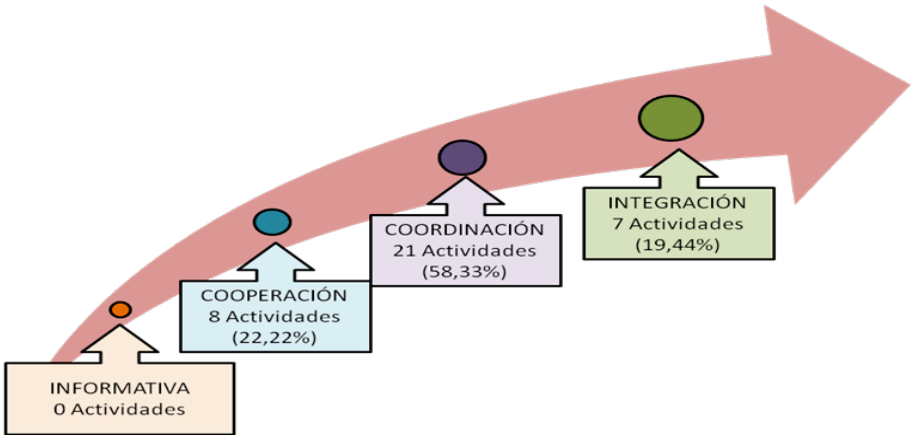


Figura 24. Tipología de las Actividades Comunitarias intersectoriales según la clasificación de Solar y cols. (2009).

Respecto a la participación de la comunidad, prácticamente en el 60% de las intervenciones se limita a ser receptora de la información o del contenido de la misma, por lo que podemos considerar que su participación fue pasiva. En el 24,6% tenía una función consultiva, en el sentido de que se le preguntada o fue demandante de la puesta en marcha de dicha actividad. Tan sólo en el 16,% se puede considerar que la Participación Comunitaria ha sido activa, principalmente en el diseño y durante el proceso de desarrollo .

La evaluación ha sido el elementos más deficitario que emergen en los discursos pues tan sólo han sido valoradas en este sentido un 4,9% de dichas actividades y, específicamente, se han evaluado resultados a corto plazo, como es el caso del éxito de los grupos de deshabituación tabáquica y en algunos casos, la evaluación estuvo limitada al proceso y satisfacción de los/as participantes.

En cuanto a la perspectiva metodológica que caracteriza a las actividades comunitarias en los centros estudiados, el 67,9% fueron intervenciones de Educación para la Salud enmarcadas mayoritariamente en el modelo persuasivo-ecológico (38%), el 27,2% bajo el modelo informativo/motivacional y tan sólo el 3,6% se pueden clasificar en el modelo de participación. No obstante, hay que destacar que aunque sólo el 2,46% de las actividades se llevaron a cabo en el marco de un proceso de Desarrollo Comunitario, es importante desde el punto de vista cualitativo hacer referencia a dos Centros de Salud que disponen de Planes de Intervención Comunitaria en el que los/las profesionales sanitarios/as son agentes del proceso participativo en el que está representado el tejido social e institucional de la zona. Pese a esta circunstancia, no se identificó ningún caso de metodología APOC. El 13,5% de las intervenciones grupales siguieron la metodología de los Grupos de Ayuda Mutua y en el resto (20,9%) no se especificó perspectiva metodológica alguna.

Finalmente, comentar que ninguna de las actividades comunitarias identificadas estaban incluidas en alguna de las redes o registro de actividades de Promoción de la Salud existentes en nuestro país: Red de Actividades Comunitarias (RAC)o Sistema de información sobre Promoción de la Salud y Educación para la Salud (SIPES.

Pasando a la discusión de estos resultados, podemos considerar en primer lugar, que la representación social que los/as profesionales sanitarios/as tienen de las acciones comunitarias determina la identificación certera o sobreestimada de las mismas. La definición de unos criterios de inclusión ha permitido desestimar un número considerable de

actividades comunitarias declaradas por los/as informantes clave que no se ajustaban a la definición de nuestro objeto de estudio.

En la comparación con los estudios referidos a las prácticas comunitarias de los equipos de Atención Primaria [Aguiló & López, 1999; March & cols.(2006,2011, 2012 y 2014)] y los centrados en la producción científica sobre salud comunitaria (González, Risco y Freixas, 1997; Gálvez, 2001; Germán, 2007; Hueso, 2014) encontramos coincidencias y divergencias respecto a las evidencias de esta tesis.

La selección previa menos estricta en nuestra investigación frente al estudio más reciente de March & cols. (2014), nos ha llevado a la identificación de un número considerablemente mayor de actividades comunitarias, pese a la escasa información detectada en las acciones de salud bucodental y educación maternal. Sin embargo, el análisis de las mismas, atendiendo a la perspectiva metodológica, la participación de la comunidad, la intersectorialidad, la evaluación o la continuidad, nos indican la escasa calidad de un número apreciable de ellas. Por lo que, si a posteriori aplicásemos criterios más estrictos en la línea del consenso de March y cols. (2011), la lista de acciones comunitarias se reduciría al menos en veinte actividades.

El primer dato relevante es la desigual distribución de las acciones comunitarias según el Centro de Salud. Las zonas más prolíferas cuentan con profesionales que lideran la Intervención Comunitaria, con un mayor número de horas dedicadas a estas actividades dentro de su jornada laboral, con más profesionales implicados/as de forma permanente y con un amplio grupo de sanitarios/as colaboradores/as puntuales que podría explicar esta situación.

Por otro lado, se identifica una homogeneidad de las acciones implantadas en todas las Zonas Básicas, pese a las diferencias poblacionales entre las mismas. En general, es evidente que las actividades que se llevan a cabo en los Centros de Salud responden a los procesos, programas y estrategias de la Consejería de Salud, cuyo enfoque responde más al cumplimiento, requerimientos y objetivos de gestión que a la satisfacción de las necesidades sentidas y reales de la comunidad, por lo que la orientación comunitaria se desvanece desde el inicio del proceso de planificación de la atención. Aquellas acciones que intentan dar respuesta a demandas de la comunidad se realizan fuera del horario laboral y no cuentan con el apoyo suficiente de la Administración para su continuidad.

Si comparamos con otras Comunidades Autónomas, la Salud en general es la temática que agrupa mayor número de actividades. Sin embargo, las intervenciones en Atención Primaria sobre el tabaco y las cuidadoras en nuestra provincia adquieren mayor protagonismo que en Madrid, Cataluña o que en el total de la población de estudio en March & cols. (2014). La alimentación que es el segundo tema más abordado en el resto de España, en nuestro caso ocupa el penúltimo lugar. Si es cierto, que la frecuencia en esta temática podría aumentar en nuestra población, teniendo en cuenta, que en muchas de las intervenciones que se realizan en Forma Joven o en la atención a pacientes crónicos se aborda la alimentación. Las acciones grupales orientadas al fomento de los autocuidados y al seguimiento y atención a procesos crónicos emerge como la principal temática en los estudios de producción científica de González, Risco y Freixas (1997), Gálvez (2001), Germán (2007) y Hueso (2014; y siguen siendo las actividades más frecuentes en todos los estudios de March (2006, 2012, 2014) y en el Gutiérrez, Azpeitia y Vergara (2004) en contraste con la información obtenida en nuestra investigación. Mencionar también que se han identificado acciones centradas en Educación Maternal y Salud Bucodental, dos temáticas concretas que no aparecen en los resultados de March & cols. (2014) quienes comentan en su estudio que es algo insólito, dada la implantación de la Educación Maternal en sus áreas de estudio. La invisibilidad de esta práctica para los miembros del equipo de salud parece ser generalizada en todo el contexto nacional.

En cuanto, a la población diana también se hemos encontrado distribuciones dispares cuando comparamos con el estudio de March & cols. (2014). Mientras que para el estudio nacional, la población general fue la protagonista del mayor número de actividades, seguido de la población infantil, madres y padres y jóvenes y en último lugar las mujeres y las personas cuidadoras. En nuestra investigación se observa que salvo los datos de población general, en el resto de grupos la frecuencia justamente se invierte. Sin duda, la apuesta firme de la Junta de Andalucía hace algunos años por el apoyo a la dependencia y a la implantación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos en la Atención Primaria, ha contribuido a esta mayor frecuencia de actividades centradas en las cuidadoras. En cambio, coincidiendo con el resto de las zonas geográficas, se observa que las actividades dirigidas a las personas mayores, tienen menor frecuencia, pese a la tendencia demográfica y la alta prevalencia de necesidades de cuidados de salud. Nos ha resultado llamativo que en nuestro estudio no hayan aparecido actividades comunitarias dirigidas a población inmigrante, existiendo Zonas Básicas de Salud que tienen adscritas a una proporción importante de personas extranjeras con carácter permanente y temporal.

En relación al perfil de los/as profesionales implicados/as en las acciones comunitarias es importante destacar que en la mayoría de actividades participa un solo profesional, lo que cuestiona el carácter interdisciplinar que ha caracterizado a los equipos de Atención Primaria para poder abordar de manera integral los problemas de salud de la comunidad. Como en estudios precedentes, los/as profesionales de Enfermería son los/as protagonistas tanto en la coordinación como ejecución de actividades, destacando, la importante labor que las/os Enfermeras Gestoras/es de Casos tienen en esta dimensión de la atención. También la figura del/la Trabajador/a Social es relevante en nuestro contexto a diferencia de otras zonas de España. Los profesionales de Medicina tienen un mayor nivel de participación en nuestro estudio a expensas de su contribución en los grupos de deshabituación tabáquica. Sí es llamativo la exigua colaboración de los/as pediatras debida a la casi inexistencia de acciones en el área de infantil. La perspectiva biomédica y la verticalidad imperante en la atención prestada evidencia que la relación de la salud con otros sectores tiene un carácter instrumental que le permite cubrir los objetivos parciales marcados en el desarrollo de ciertos programas. El enfoque intersectorial teórico de los programas de salud en nuestra Comunidad Autónoma de implantación en el ámbito educativo, no pasa en su ejecución de colaboraciones coordinadas para la realización de intervenciones puntuales y metodológicamente inconsistentes. La colaboración con las asociaciones de enfermos/as ocupa un lugar importante en las escasas actividades intersectoriales. El exiguo trabajo con otros sectores de una forma integrada ha sido la característica principal de la realidad observada. Los resultados difieren en esta característica de los encontrados en otros contextos donde el apoyo institucional para la colaboración intersectorial es mayor, como el caso de Cataluña (López & cols., 2010). Sin embargo, nos parece esperanzador, la nueva dinámica que se está estableciendo en nuestro contexto, con la implantación de los Planes de Acción Local en Salud. El trabajo conjunto entre técnicos de las diferentes instituciones locales para hacer efectiva la salud en todas las políticas puede potenciar la intersectorialidad en la acción comunitaria en el futuro.

Otro de los elementos del trabajo comunitario que se encuentra mermado en el contexto onubense es la Participación Comunitaria. El reducido número de actividades en los que la comunidad interviene de una forma activa desde la primera fase de la planificación así lo atestigua. La inexistencia de órganos de participación real del tejido social en la gran mayoría de los Centros de Salud, dificulta esta práctica. Y en los que existe una relación fluida con las estructuras sociales la participación no pasa de ser consultiva. Estos datos

contrastan con el estudio de March & cols. (2014) en el que el 45,9% de las actividades hay participación activa de la comunidad, bien en el diseño, el proceso o la evaluación.

La evaluación de las actividades ha sido uno de los aspectos que menos ha aparecido en el discurso de las personas informantes. Esta circunstancia puede explicarse por varias razones: La ausencia de esta fase de la intervención en el imaginario argumental de los/as profesionales y en sus Representaciones Sociales; por la escasa práctica evaluativa documentada que de forma generalizada se da en la intervención sanitaria en cualquier nivel de atención. En este sentido, la ausencia de evaluación de la actividad comunitaria es coincidente con lo encontrado en otros estudios sobre este tema (Aguiló, López, Siles & López, 2002; López, Forcada, Miller, Pasarín & Foz, 2010) y, sin embargo, no coincide con el estudio de March & cols. (2014) en el que se afirma que el 75% de las actividades comunitarias se evalúan.

La Educación para la Salud constituye la metodología central de las actividades comunitarias pero basada en un modelo alejado del proceso participativo que exige la Intervención Comunitaria. El papel pasivo que se le atribuye a las personas destinatarias frente al rol dominante prescriptivo y controlador del proceso de aprendizaje que asumen los/as sanitaros/as, se aleja del modelo de colaboración con una comunidad participativa y comprometida que garantizaría un impacto positivo en la salud individual y colectiva. Tan sólo en algunas de estas acciones, como los grupos de deshabituación tabáquica está justificado el modelo persuasivo y ecológico basado en intervenciones educativas conductuales, porque la evidencia lo aconseja. La estrategia de intervención educativa que con más prevalencia surge en el discurso de los/as participantes en nuestra investigación está basada en charlas y conferencias dirigidas principalmente al cambio de conocimiento y habilidades y, en este sentido, coincide con la mayoría de las actividades comunitarias descritas en el estudio de Aguiló & López (1999). La Educación para la Salud orientada al fomento de los autocuidados y al seguimiento y atención a personas con procesos crónicos, emerge como la principal temática en los estudios de producción científica de González, Risco y Freixas (1997), Gálvez (2001), Germán (2007) y Hueso (2014), y también siguen siendo las actividades más frecuentes en todo los estudios de March (2006, 2012 y 2014) y en el de Gutiérrez, Azpeitia y Vergara (2004).

Del resto de perspectivas metodológicas tan sólo se han identificado el Desarrollo Comunitario, que no parte evidentemente de acciones ideadas desde el centro sanitario sino del proceso transformador en el que está inmersa la comunidad. Otras metodologías grupales

son los Grupos de Ayuda Mutua. No obstante, queda un volumen considerable de acciones en las que no se especifica enfoque teórico-metodológico alguno, lo que empobrece aún más la valoración de la práctica comunitaria en Huelva. Es evidente que la metodología de Kark y Kark (1993) que ha tenido eco en otras comunidades españolas, no ha encontrado eco en los centros de salud de nuestra provincia, pese a las buenas condiciones comunitarias que se dan en algunas Zonas Básicas para su implantación. La no mención de otras metodologías contrasta con la utilización de estrategias como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), Investigación-Acción-Participativa y Procesos Correctores Comunitarios, en el estudio de March & cols. (2006 y 2012).

Por último, señalar que la totalidad de las actividades comunitarias expresadas no estaban incluidas en ninguna red, posiblemente por desconocimiento de su existencia. La difusión de las mismas, la promoción de su consulta y la animación para la inclusión de acciones, redundaría positivamente en el desarrollo de las actividades comunitarias en Atención Primaria y en su visibilidad.

6.1.8. La implementación de la evidencia científica en las acciones comunitarias en el contexto onubense.

Las áreas de aplicación de las intervenciones efectivas, han estado relacionadas con los ámbitos de la Salud Maternal, Salud Infantil, Salud Escolar, el fomento de la actividad física en edad escolar y en adultos/as, el fomento de estilos de vida saludables en general, la promoción de la salud sexual y la prevención de los embarazos no deseados en jóvenes, la prevención en el inicio de hábitos tóxicos en adolescentes y jóvenes (tabaco y alcohol), la prevención de accidentes en personas ancianas, la reducción de las desigualdades sociales así como intervenciones sobre estilos de vida en procesos mórbidos como la obesidad infantil.

En los centros de Atención Primaria estudiados, hasta la adolescencia, tan sólo se han localizado dos tipos de intervenciones con probada efectividad relacionadas con la prevención de embarazos no deseados en adolescentes y con la intervención grupal en la obesidad infantil. La revisión de Chioma & cols. (2009) evidenciaba la necesidad de intervenciones combinadas sobre los factores sexuales y no sexuales, que potenciaran el desarrollo personal y las habilidades en adolescentes como medida efectiva para la

prevención de embarazos no deseados, donde además, se recomendaba la colaboración de los/as adolescentes, la Escuela, los padres, las madres y otros agentes sociales. Este esquema de intervención es seguido en el programa de formación de mediadores en salud en uno de los Institutos de Educación Secundaria ubicado en una de las Zonas Básicas de Salud estudiadas, cuyo origen estuvo precisamente, en la detección de un elevado porcentaje de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de embarazos en adolescentes. No obstante, en los discursos, emerge la necesidad de ampliación a padres, madres y profesorado.

> "Me explica con todo lujo de detalles la ideación, desarrollo y dificultades del programa que iniciaron en los dos institutos de la zona: (nombre de los centros), y que continúa sólo en el primero porque el otro instituto lo asumió la zona de (Centro de Salud C). Su explicación coincide básicamente con la que ya me dijo la enfermera que ahora participa con ella. La intervención se realiza sobre el alumnado *"nos falta trabajar con los padres y profesores pero es muy difícil"* (DC, 2 de noviembre de 2010, pág. 29).

Por otro lado, las actuaciones grupales que se proponen dentro del Plan Integral para la Obesidad Infantil (PIOBIN) y que se han declarado en dos de las Unidades de Gestión Clínica, coinciden con las intervenciones propuestas como efectivas para la reducción del sobrepeso en niños/as y adolescentes en la revisión de Luttikhuis & cols. (2009

Se han identificado dos acciones de implantación generalizada en Atención Primaria, al ser programas propuestos por la Administración Sanitaria andaluza, sobre los que no hay evidencia científica respecto a su efectividad. Nos estamos refiriendo, a los programas de educación prenatal, sobre los que Gagnon & Sandall (2008) afirman no conocerse los efectos reales de estos programas sobre la adquisición de conocimientos, habilidades para la salud de la madre y la salud infantil, la lactancia, la ansiedad, el dolor, el trabajo del parto. Las personas informantes ponen de manifiesto la escasa efectividad de esta actividad comunitaria y la viven con un carácter formalista, sin impacto positivo en la salud de la mujer embarazada y de la criatura.

"*esta es una actividad que no se va a dejar de hacer porque, es como dicen una gente, es marketing puro. Aunque, por muy mal que se haga, forma parte de un marketing que se da a la embarazada y no se va a dejar de hacer" (EEM8)*

Por otro lado, las intervenciones realizadas para evitar o retrasar el inicio en el hábito tabáquico en los adolescentes se encuadran bajo el programa de A No Fumar me Apunto, integrado dentro de las acciones del Programa Forma Joven. Este es un programa basado en intervenciones educativas en el aula, en estrategias políticas escolares y en un plan de incentivos para que los/las jóvenes no inicien este hábito o lo abandonen. Éstas son medidas precisamente sobre las que no se han obtenidos resultados positivos de evidencia debido a la baja calidad de las investigaciones (Cochrane, 2012). En cambio, están ausentes en la práctica comunitaria de los centros de Huelva otras propuestas para este mismo fin, centradas en la competencia e influencia social (Cochrane, 2013) o en intervenciones familiares (Cochrane, 2015) sobre las que sí existen resultados concluyentes de efectividad.

Respecto a las intervenciones realizadas en la etapa adulta y en la vejez, igualmente son dos tipos de actividades con evidencia científica las que se encuentran implantadas en la práctica comunitaria de los centros de estudio.

En la información obtenida en nuestro estudio se observa una aplicación de la evidencia correspondiente a la revisión de Grandes & cols. (2008) o de IUPHE (2003), principalmente, en el hábito tabáquico. La instauración del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía impulsa las intervenciones básicas y avanzadas para el abandono del hábito tabáquico desde las consultas de Enfermería y Medicina de Atención Primaria. La apuesta firme de los Distritos Sanitarios para la formación de sus profesionales en estas intervenciones ha tenido su fruto en la instauración generalizada de intervenciones básicas y grupales en una proporción importante de las Unidades de Gestión Clínica estudiadas. Sin embargo, para estilos de vida relacionados con el alcohol, la alimentación o la actividad física, la acción de Prescribe Vida Saludable aún no se ha planteado con la orientación comunitaria requerida.

Otras intervenciones de interés por el doble efecto que tiene sobre el fomento de la actividad física en general y sobre todo, por la prevención de caídas en población anciana, son todas las acciones encaminadas a la práctica de ejercicio físico grupal, entre las que se encuentra las de Por un millón de pasos o los Talleres de envejecimiento activo. La revisión de Hillsdon & cols. (2008) apuesta por el fomento de la caminata grupal o independiente y el apoyo e incentivo de los/as profesionales de salud como las medidas de más éxito para la

práctica de caminar, objetivos del programa de Por un millón de pasos. La revisión de Lesley & cols. (2010) identifica la práctica de ejercicio en grupo, el taichí en sesiones grupales así como un programa individualizado de ejercicio en el domicilio como las actividades más efectivas para reducir el riesgo y la tasa de caídas en personas de edad avanzada. Los talleres de envejecimiento activo realizados en algunos de los Centros de Salud responden a un modelo de incentivación de la actividad física en esta población que repercute sin lugar a dudas en su bienestar general y en la reducción de riesgos para su salud.

Los planes de Intervención Comunitaria implantados en algunas Zonas Básicas de Salud contemplan algunas de las estrategias consideradas como efectivas según la revisión de Anderson & cols. (2015) acerca de la implicación de personal no especializado como mediadores con los grupos más desfavorecidos y la educación grupal dirigida por profesionales.

La Salud Escolar es la dimensión de la Atención Primaria de Huelva en la que no se ha declarado ninguna actividad y, por tanto, la más desprovista en Intervenciones Comunitarias con evidencia científica. La efectividad probada de un medio escolar promotor de la salud en la mejora de los estilos de vida en los/as niños/as en áreas de alimentación, ejercicio físico y tabaco (Cochrane, 2014), invita al sector sanitario al menos a mantener una actitud colaborativa, de apoyo, asesoramiento para incentivar la continuidad o incluso la innovación en las actuaciones escolares. Estas intervenciones son susceptibles de ser vehiculizadas a través del programa de Salud Escolar. La realidad encontrada en los centros estudiados ha sido la ausencia generalizada de Intervenciones Comunitarias en el ámbito escolar, quedando limitadas las acciones del programa a la vacunación coincidente en esas edades.

En los discursos no se ha evidenciado actividades en el área de Salud Maternal, ningún programa grupal postparto, pese a los beneficios en la salud física, mental y social de las madres y en el equilibrio de las relaciones conyugales, según la revisión de Barlow y Coren (2003).

La Salud Infantil en general también podemos considerarla un área desprovista de Intervenciones Comunitarias, aunque se hayan identificado algunas acciones que emanan del Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) con probada efectividad (Luttikhuis & cols., 2009). No obstante, nuestra valoración es de cautela a expensas de un mayor conocimiento del desarrollo de estas actividades y de su evaluación procesual y de resultados. Las actividades con más continuidad en esta área han sido las de Salud Bucodental: el Programa

Sonrisitas dirigido a niños/as de 0-3 años. Esperábamos que la implantación del nuevo Programa de Salud Infantil y del Adolescente de Andalucía (PSIAA, 2014), cargado de acciones comunitarias tuviera un efecto positivo en el desarrollo de esta práctica con evidencia científica, pero en nuestro contexto no tenemos constancia de ello.

Las intervenciones en adolescentes y jóvenes no escapan del bajo grado de implementación de la evidencia apreciado en otras dimensiones de la atención. La implantación del programa Forma Joven es generalizada. La no consideración de este programa en todas las U.G.C. se debe a estar cimentadas principalmente en la asesoría individual, presente en todas las ZBS, y a la declaración o identificación de acciones grupales basadas en charlas. No obstante, las acciones incluidas han tenido una valoración metodológica educativa anclada en el modelo persuasivo-ecológico, que no mejora en demasía a las descartadas previamente. La ausencia de evaluación de resultados de estas intervenciones, las conclusiones del estudio de Lima Serrano (2013) posiblemente aplicables a nuestro contexto y los resultados del proyecto Andalies (González & cols., 2015; García & González, 2017) nos están indicando un escaso impacto sobre la Promoción de Salud en este entorno escolar.

Por otro lado, sorprende que a pesar de la amplia variedad de acciones efectivas en la prevención del inicio en tabaco en esta población etaria, se estén aplicando medidas inseguras, como el caso del programa A No Fumar me Apunto (Cochrane 2012, 2014). Esta acción está integrada dentro del Programa de Forma Joven y está basado en intervenciones educativas en el aula, estrategias políticas escolares y en un plan de incentivos para que los/as jóvenes no inicien este hábito o lo abandonen. Éstas son medidas precisamente sobre las que no se han obtenidos resultados positivos de evidencia debido a la baja calidad de las investigaciones (Cochrane, 2012). En cambio, están ausentes en la práctica comunitaria de los centros de Huelva otras propuestas para este mismo fin, centradas en la competencia e influencia social (Cochrane, 2013) o en intervenciones familiares (Cochrane, 2015) sobre las que sí existen resultados concluyentes de efectividad.

Llama la atención la ausencia en los discursos de actividades comunitarias encaminadas a dar respuesta al abuso del alcohol entre los/as adolescentes, jóvenes y población adulta, pese a la probada evidencia de programas como Life Skills Training Program, el programa Unplugged y el Good Behaviour Game. (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011).

Respecto a las intervenciones realizadas en la etapa de la adultez y la vejez, igualmente se han identificado dos tipos de actividades con evidencia científica que se encuentran

implantadas en la práctica comunitaria de los centros de estudio. El fomento de hábitos de vida saludables mediante acciones comunitarias con efectividad probada sólo se produce en el área de la deshabituación tabáquica y la actividad física. La puesta en marcha de forma generalizada y continuada en los centros de Atención Primaria de intervenciones multi-componentes para el apoyo al abandono del tabaco, principalmente en población adulta, se erige como la principal actividad a destacar.

No obstante, la implantación de ambas acciones en nuestro contexto se caracteriza por una escasa continuidad y sistematicidad. Por consiguiente, es necesario realizar una apuesta firme de intervenciones comunitarias con carácter intersectorial.

Por otro lado, parece que tímidamente se van implantando medidas grupales efectivas en la atención a los pacientes crónicos. La declaración en la última fase de recogida de información de algunas actividades, como los grupos de Consejo Dietético en diabetes o el inicio de otras como la Escuela de Pacientes no se habían observado con anterioridad. Éstas últimas se realizan bajo la responsabilidad de las/os Enfermeras/os Gestores de Casos, que parecen asumir la mayor parte del trabajo grupal, al menos en los Procesos Asistenciales Integrados. No obstante, compartimos con March & cols. (2014), el asombro por no identificar un mayor número de Actividades Comunitarias centradas en problemas de salud prevalentes en la población a pesar de existir acciones con demostrada efectividad.

Las actividades comunitarias implantadas en las Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) emanan de una auténtica plataforma representativa de la comunidad ajena al centro de Atención Primaria, pero en la que participan activamente miembros del equipo de salud del mismo. El atender a población de ZNTS ha favorecido la formación de una comisión comunitaria, trabajando sobre el diagnóstico de salud real de las necesidades sentidas por la población, y utilizando una metodología que se ajusta a la que la bibliografía valora con evidencia científica. Sin embargo, no podemos obviar que a pesar de estas condiciones tan favorables para la atención comunitaria, los Centros de Salud de referencia tienen la misma orientación asistencial que el resto de las UGC estudiadas. Es lamentable que los/as profesionales implicados/as en estas acciones cataloguen su labor como algo voluntario y con escaso apoyo por la Administración Sanitaria.

Las acciones comunitarias que se realizan en los centros de Atención Primaria de Huelva y que se concentran principalmente en los talleres y grupos de ayuda mutua con cuidadoras/es, los planes de acción local en salud y los grupos socio-educativos dirigidos prioritariamente a

mujeres, no se han localizado revisiones sistemáticas que nos permitan conocer el impacto sobre la salud de sus destinatarios/as. El aumento de la práctica evaluativa de estas acciones y el desarrollo de estudios que prueben la eficacia, contribuirá a generar luz sobre el efecto de estas medidas y como consecuencia sobre su oportunidad o no en la mejora de la salud de las mujeres y la población en general.

6.2. Factores que dificultan o favorecen el desarrollo de la acción comunitaria en los centros de Atención Primaria de Huelva.

Objetivo Específico 5: Descubrir los factores que dificultan o favorecen el desarrollo de las Actividades Comunitarias en Huelva.

Los discursos han puesto de manifiesto la existencia de dificultades importantes en el desarrollo de la Intervención Comunitaria. Estos obstáculos forman parte de la práctica diaria, y en muchos casos, trasciende el ámbito concreto de la acción, es decir aparecen vinculadas, a la atención sanitaria como fenómeno social, político y global.

En los mensajes se deja entrever los deseos de cambio y sensación de frustración e impotencia, principalmente de las enfermeras/os con más experiencia en Atención Primaria, por la presencia de estas dificultades inmersas en la Política que sustenta la Organización Sanitaria.

6.2.1. La orientación asistencialista del Sistema Sanitario.

El escaso apoyo de la Administración Sanitaria es una de las principales dificultades con la que se encuentran los/as profesionales. La percepción que gran parte de los/as sanitarios/as tienen sobre la orientación biomédica de la Atención Primaria encuentra eco en este apartado, denunciando el sentido economicista de la Política Sanitaria actual.

La orientación asistencialista expresada por las personas informantes está presente en la atención sanitaria en este primer nivel y constituye uno de los obstáculos principales para el desarrollo de la Intervención Comunitaria. La Administración Sanitaria refuerza esta

orientación con un enfoque mercantilista basado en la consecución de objetivos vinculados a la gestión y no a las necesidades de salud de la población.

> *"Atención Primaria es asistencial, es asistencial, y cuesta mucho, cuesta mucho cambiar el chip ese de asistencial, pero evidentemente porque objetivos, prioridades… todo se centra en números, aquí lo que cuenta es fármacos, lista de espera, urgencias…"* (ET1).

> *"Se mide por la cantidad de espirometrías que se hacen, se mide la cantidad de visitas que se hacen, se mide lo que se gasta en medicamentos, se mide…"* (EE15).

Los/as directivos/as de los centros evidencian que poseen escasa autonomía en la gestión. Dependen de las decisiones a nivel de Distrito Sanitario, por lo que tildan a la gestión de centralizada, siendo ésta una de las principales dificultades para la Participación Comunitaria (Escartín, López & Ruíz-Giménez, 2015)

> *"Realmente al final de todo esto, autonomía no tienes. Las cosas te vienen marcadas y tienes que empujar por aquí porque te han dicho que empujes por aquí"* (ED13).

El aumento de la cartera de servicios en Atención Primaria en los últimos años, ha estada basada en el incremento de actividades asistenciales, de pruebas diagnósticas, de tiempo dedicado a la consulta a demanda, de atención a problemas de salud que antes se atendían en el nivel especializado… Incluso, el aumento de la jornada laboral se ha orientado a ocuparlo con actividades asistenciales y de urgencias. Todo ello para reducir la demora asistencial, porque realmente lo que hay es una preocupación por atender lo individual, la demanda estandarizada por el propio Sistema Sanitario, puesto que la cartera de servicios responde a criterios del propio Sistema que, en muchas ocasiones, está lejos de la demanda expresada por la población. Es lo que podríamos denominar una *demanda inducida* en la que puede medirse someramente el nivel de satisfacción de las personas usuarias, lo cual es de gran interés para los balances y las memorias institucionales. El trabajo con la comunidad es más difícil de medir y los resultados son a más largo plazo.

Esta orientación asistencial también se refleja en el cambio de denominación que los Centros de Salud experimentan cuando su forma de organizar la asistencia se basa en unos objetivos de gestión que buscan reducir el gasto sanitario y medir cuantitativamente la asistencia. En las denominadas Unidades de Gestión Clínica, no tienen cabida la prevención de problemas de salud relacionados con los hábitos de vida, ni la Promoción de Salud, porque son unidades para gestionar eso, la clínica y cuyo objetivo principal es la consecución de unos objetivos de gestión que no se corresponden con las necesidades de la población, por ello, no es necesario tener un diagnóstico de necesidades de la comunidad. El desconocimiento y la escasa valoración de las actividades comunitarias por parte de quienes gestionan el nivel de Atención Primaria es, sin duda alguna, una dificultad importante.

> *"entonces como para ellos (los/as gestores) estas cosas es que son pamplinas de perder el tiempo, escaquearse, la palabra es, él que hace intervenciones comunitarias se está escaqueando"* (EE13).

> *"los políticos no le dan la importancia que realmente tiene, es que los gestores si te das cuenta, tampoco son sanitarios. Muchos de los gestores no son ni sanitarios. Es que es muy fuerte"* (EM3).

El trabajo con la comunidad es valorado muy positivamente por parte de las personas informantes y, aunque es algo que pertenece al pasado, es importante recuperarlo si se quiere dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

> *"Yo recuerdo hace tiempo, hace años, que los equipos tenían horarios en los planin que eran de educación para la salud. Y se tenía para eso, para trabajar con la comunidad, para hacer intervenciones fuera del centro, con asociaciones. Entonces, y ahora eso como que ya no…"* (EE7).

Entre las soluciones que aportan los/as profesionales a la situación descrita, la voluntad política de volver a las raíces de la Atención Primaria de Salud, dejando a un lado la mercantilización de la salud y poniendo en el centro de todas las acciones a las personas, lejos del carácter de *cliente* que no es compatible con un Sistema Sanitario Pública y Universal. La profesionalización de los cargos de gestión acorde con una orientación de

Desarrollo Comunitario al servicio de los intereses de salud de la comunidad para la que trabajan.

> "*que desde centrales se fuera consciente de que es importante pero no como algo teórico, sino que se dieran las facilidades para que se pudiera hacer, que se pudiera adecuar las agendas"* (ED14).

> "*contar más con la labor de los profesionales y no de los políticos. A lo mejor puestos de gestión más profesionalizados y no tan políticos"* (EM12)

Esta voluntad política, no solo implica una agenda de trabajo que incluya las acciones, comunitarias, sino que además tiene que favorecer la existencia de entornos que faciliten en los/as ciudadanos/as la toma de decisiones saludables, la obligatoriedad del cumplimiento de las normas que protegen la salud y el apoyo activo para la capacitación de grupos, agentes y personas de la comunidad. El apoyo institucional como elemento facilitador del trabajo con la comunidad es primordial para la sostenibilidad de la Intervención Comunitaria en Atención Primaria (Gofin & Gofín, 2007; Xyrichis & Lowton, 2008; López & cols., 2010). Las amenazas identificadas por Ruíz-Giménez & Domínguez (2006) en un análisis DAFO, sobre el ámbito político e institucional se han convertido en realidades. Tampoco se ha sabido aprovechar las oportunidades que el marco legal vigente, la estrategia de Promoción de Salud de la OMS, y los nuevos planes de estudios de las titulaciones de Ciencias de la Salud, nos han brindado. Por consiguiente, hay que promover una corriente de opinión en el ámbito profesional y en las universidades dirigida a crear conciencia de la importancia de defender una Sanidad Pública capaz de resolver los problemas de salud, de prevenirlos y de promover la salud en todos los ámbitos de la vida, rescatando la dimensión comunitaria como algo imprescindible para mejorar la vida de la gente.

6.2.2. Las condiciones de trabajo

La orientación de la atención sanitaria, las prioridades y decisiones de gestión han tenido su correlato inmediato en las condiciones de trabajo en Atención Primaria. Condiciones que han

dañado el sistema gravemente, con una importante repercusión en la salud de la población y en la satisfacción de los/as profesionales.

A lo largo de los discursos se ha puesto de manifiesto el aumento de la cartera de servicios sin incrementar por ello los recursos humanos, lo que ha ido reduciendo las actividades comunitarias para poder dar respuesta a las demandas asistenciales en sus aspectos más básicos.

> *"Entonces el hecho de que no haya crecido la plantilla en función de cómo ha crecido la cartera de servicios, eso también va en detrimento de lo comunitario"* (ET5).

> *"Si hay personal suficiente, se hacen muchas más actividades, como no hay personal, entonces te limitas a quitar lo grave, lo que es estrictamente necesario para que el paciente esté atendido, y ya está"* (EE10).

La expresión de las personas informantes es unánime cuando se afirma que no hay tiempo para ninguna actividad de tipo comunitario pues el engrosamiento de la agenda con actividades asistenciales no deja lugar para ello. Sí a eso se le añade la situación de recortes en los recursos humanos, la situación aún es más negativa. En este sentido, afloran comentarios a la política de personal del Servicio Andaluz de Salud en cuanto a que no se cubren las vacaciones ni las bajas por enfermedad y, en consecuencia, hay que realizar la agenda de trabajo de quienes están ausentes por alguno de estos motivos, lo que supone una sobrecarga importante que impide prestar servicios con una mínima calidad.

> *"Lo más importante es el tiempo, que no hay en la agenda que tenemos actualmente en Atención Primaría, no hay tiempo para poder realizar la actividad comunitaria, que nos tienen bombardeados con asistencia clínica"* (EM1)

Si a esta escasez de tiempo se le suma que no tienen un espacio adecuado para poder trabajar, todo se complica. El problema del espacio se concreta en despacho y ordenador compartidos con otro/a compañero/a, en el caso de Enfermería y en la mayoría de los Centros de Salud. En algunos además, ni siquiera existe espacio físico para poder reunirse en equipo.

En otras ocasiones, se alude a la desaparición de los recursos especiales que había para la realización de las actividades con la comunidad.

Por otra parte, las personas informantes explicitan la escasez de recursos materiales, teniendo que hacer uso en muchas ocasiones de sus propios recursos personales (ordenador, folios…) así como la no disponibilidad de recursos económicos para ciertas actividades que, en ocasiones solventan con el desembolso personal.

> *"Vamos a hacer una jornada de puertas abiertas y vamos a poner una mesa con fruta… y ahora a ver dónde encuentro yo que me den dinero para poder comprar fruta, vamos una cosa tan simple como esa"* (ED2).

El voluntarismo en la realización de ciertas actividades aflora en los discursos, aspecto que coincide en los trabajos de López & cols. (2010) y March & cols. (2014). En este sentido, hay que señalar que aunque algunas de las actividades se realicen dentro de la jornada de trabajo, toda la planificación y preparación para el desarrollo de dichas actividades se realiza fuera del horario laboral. Es evidente que en estos casos hay una buena actitud por parte de los/as profesionales hacia las actividades comunitarias, pues a pesar de la sobrecarga laboral y extra-laboral, es posible que compense por la satisfacción personal y profesional que la realización de estas actividades conlleva. Sin lugar a dudas, estaríamos ante profesionales muy comprometidos/as con su trabajo y posiblemente con los ideales que emanan de la Carta de Alma-Ata (1978)

> *"Algunas de las que hemos hecho pues la hemos hecho con sudores y lágrimas… se han hecho fuera del horario de trabajo"* (ED13).

> *"Lo que es la preparación de este tipo de actividades (las comunitarias) requiere de un tiempo para hacerlo bien, y ese tiempo no lo puedes sacar tú dentro de tu horario laboral, nunca se puede, eso siempre corre a tu cargo"* (ED2),
>
> *"son horas que no te va a pagar nadie y que has hecho tú por voluntad propia"* (EM1)
>
> *"Creo que habría que tener un apartado en tu agenda para eso, un horario, tener igual que es importantísimo el horario de curas e inyectables o de control de tensión*

o se sintron, pues tendríamos que tener tiempo para hacer realmente Intervención Comunitaria" (EE6).

La Intervención Comunitaria requiere que el propio Sistema Sanitario abandone el mercantilismo en la prestación de servicios y se reoriente a dar respuesta a las necesidades de salud de la gente, mediante la Prevención y la Promoción de la Salud, sin dejar de atender las demandas asistenciales esenciales. La dimensión comunitaria es fundamental porque solo desde el empoderamiento de las comunidades será posible mejorar la salud. Una sociedad que no es protagonista de su propio destino, construyendo día a día su vida, se convierte en un conjunto de *peces muertos* que arrastra la corriente a cualquier parte. Por tanto, aumentar los recursos humanos, flexibilizar las agendas de trabajo, adecuar la infraestructura y, sobre todo, examinar en profundidad las planificaciones, los programas y las carteras de servicios para valorar si realmente están dando respuesta a las necesidades reales de las comunidades en materia de salud.

6.2.3. La actitud de la población

Respecto a la población hacia la que va dirigida la atención en Primaria se identifican dos dificultades: La orientación de su demanda y el grado de implicación y disponibilidad para la Intervención Comunitaria.

Respecto a la orientación de la demanda, las personas informantes manifiestan que la atención que solicita la población está influenciada por el mercado y va dirigida hacia lo asistencial.

"aquí la gente lo que busca es, lógicamente, si estoy malo que me pongan un tratamiento y me curen, y eso si tiene una rentabilidad inmediata; entonces la rentabilidad inmediata aquí en la actividad comunitaria no es tal" (EE15).

"Los usuarios no van a demandar intervenciones comunitarias entre otras cosas porque no hay una experiencia grande para ver lo positivo que son esas intervenciones… entonces ¿qué demanda la población? demanda asistencia, que no

hay listas de espera, que me atiendan bien, que me atiendan con el tiempo suficiente" (ET4).

Es evidente que la prioridad de la demanda asistencial de la población está determinada por la orientación del propio Sistema Sanitario. Respecto al grado de implicación y disponibilidad por parte de la comunidad, hay que señalar la escasa motivación de la misma ante actividades para las que no se ha mostrado beneficio alguno a pesar de los referentes que puedan existir en nuestro país y fuera de él.

"*La dificultad también está en la población. Porque tú le haces una oferta de servicio y la gente no, no acude"* (EE17).

"que la población lo demande. Yo tengo experiencia de tú ofrecerle a la gente cosas y que a la gente no le interese. Es decir, yo vamos, y te das con la cabeza en la pared. La gente tiene, vamos a ver, tú le puedes plantear, pero la gente tiene que ver la necesidad" (EE4).

A nivel profesional, en los discursos se explicita que trabajar con orientación comunitaria exige salir de la situación de *confort* que, en el mejor de los casos supone reducir la atención al nivel asistencial. En contraposición, las personas informantes también planteaban como argumento favorable la satisfacción del profesional y de la población ante las actividades comunitarias cuando se han llevado a cabo.

Desde un planteamiento de Desarrollo Comunitario, sería muy importante evaluar adecuadamente las intervenciones comunitarias a medio y largo plazo para poder aportar resultados alentadores de cara a la comunidad, a los profesionales y a las instituciones pero mientras que el Sistema Sanitario continúe con ese déficit de participación real a nivel de los/las profesionales y de las comunidades, será difícil volver a la orientación comunitaria en la prestación de servicios de Atención Primaria pero no imposible, pues los grandes cambios siempre se producen desde las bases.

También se ha puesto de manifiesto otra dificultad importante para la acción comunitaria y es cuando se culpa a la población de falta de colaboración siempre que sus intereses no van en línea con aquello que ofrecen los/as profesionales o el propio Sistema. Entonces, se acusa

a la comunidad por su escasa implicación o su poca disponibilidad, sin indagar cuáles son las razones de la baja participación.

Cabría preguntarse si la oferta surge de la necesidad de la población o de la necesidad identificada por los/as profesionales. De la necesidad sentida y/o expresada, o de la necesidad normativa. En este caso habría que reiniciar y fomentar la comunicación con la población, manteniendo relaciones con las asociaciones, con las instituciones, con los diferentes grupos sociales…para poner en marcha una verdadera Participación Comunitaria como requisito imprescindible para llevar a cabo la Intervención Comunitaria.

6.2.4. La formación en Salud Comunitaria.

Otra de las dificultades que los/as profesionales identifican está relacionada con la falta de formación y de preparación en las dinámicas y herramientas que requiere la Intervención Comunitaria. Las escasas estrategias profesionales y habilidades sociales para captar o trabajar con la comunidad, para hablar en público o manejar un grupo… se traducen en una situación de miedo, ansiedad e inseguridad por la inexperiencia, que desemboca en un no querer hacer o implicarse. La situación descrita se da fundamentalmente en el colectivo de Enfermería que desde hace algunos años se incorpora a la Atención Primaria después de treinta años de servicio en la Atención Especializada. Profesionales que se trasladan al Centro de Salud, sin una adecuada actualización sobre el trabajo en Atención Primaria. Algunos/as muestran su disconformidad con esta situación y responsabilizan al Distrito Sanitario. También se pone de manifiesto, el malestar que está ocasionando el traslado a la Atención Especializada de compañeros/as que llevan muchos años en Atención Primaria.

> *"Los veinte años que se ha trabajado en primaria, en esta empresa no se han potenciado, valorado, y decir bueno pues ahora tengo a la gente formada y sigo pidiendo en esta línea ¿no?, del desarrollo de la primaria desde lo familiar, lo comunitario, lo de la barriada, lo que sea ¿no?. Ahora cambio a todo el personal y lo cambio, y viene gente que no tiene ninguna experiencia. No ha habido apuesta institucional, más bien al contrario, más bien les ha dado igual, a pesar de los resultados que sí que tiene la primaria ¿no? en promoción de salud"* (ED12)

Por otro lado, en los discursos se alude a la pérdida de formación en los Centros de Salud. Desde esta perspectiva, las personas informantes consideran que se está malgastando ese espacio de tiempo dedicado a la formación continuada al final de la jornada de trabajo. En esa franja se planteaban sesiones clínicas, sesiones de autoformación, formación en temas concretos necesarios para el ejercicio profesional, y en otras ocasiones se utilizaba para reuniones del Equipo Básico de Atención Primaria.

> *"Es que no estamos recibiendo tampoco ahora ninguna formación, que no hacemos formación continuada, nada cero"* (EM4).

En este misma línea, se expresa que la formación es escasa en general y que está dirigida a temáticas vinculadas con lo que se está haciendo en la práctica, precisamente al margen de las Intervenciones Comunitarias. Sin embargo, sí se valora positivamente la formación impartida desde el Distrito Sanitario ante la instauración de algún programa, proceso o estrategia en la Atención Primaria.

Finalmente, a lo largo de los discursos, el punto de mira se focaliza en la formación pre-grado y en la formación de la especialidad. Las afirmaciones emitidas por algunos/as informantes sobre la ausencia de la Promoción de la Salud en los estudios de Medicina, se contradice con lo revisado en el libro blanco del Grado, en el que se explicitan seis competencias dentro del bloque de Medicina Preventiva y Salud Pública que suponen, eso sí, tan sólo el 2,7% del total de carga crediticia (Ley Orgánica 44/2003). Es posible que en la implantación del título se hayan mantenido las deficiencias y disparidades que ya existían con anterioridad como criticaba Leyte (2008).

> *"En el grado de medicina no se da nada de promoción de salud, ni de comunitaria, nada en absoluto, no se da nada"* (ET3).

> *"Pienso que en nuestra formación había poca promoción de la salud, había poca Intervención Comunitaria como médico, posiblemente y me consta que en enfermería no es lo mismo"* (ET1).

En el caso del Grado de Enfermería, el bloque formativo relacionado con Enfermería Comunitaria ocupa un lugar preferente, siendo la segunda materia en número de créditos

dentro de la titulación. No obstante, las peculiaridades de la aprobación de cada título en cada Universidad, la orientación específica de los contenidos en las guías docentes y el énfasis de cada profesor/a determinarán la posición que ocupa la Salud Comunitaria dentro del currículum.

Sin embargo, sí resulta inexplicable las deficiencias en la formación comunitaria de los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, pese al completo desglose de actividades de la programación docente en Atención Comunitaria de esta especialidad médica (BOE nº 105, 2005). Delgado Sánchez (2001), Romero Sánchez (2008) y Aguiló & cols. (2012) evidenciaban la debilidad de esta materia en los programas formativos de dicha especialidad. En nuestra investigación, los/as informantes nos ofrecen expresiones que no dejan duda sobre la ausencia de la formación comunitaria del médico/a de Atención Primaria. Ruíz-Giménez & Domínguez (2006) y López & cols. (2010) también refieren la escasa formación y experiencia como una debilidad o un obstáculo para el desarrollo de la Intervención Comunitaria.

> "y le mencioné, el trabajo con grupos, la Promoción de la Salud, el trabajo intersectorial, la Participación Comunitaria, el diagnóstico de necesidades de salud de la población, la Educación para la salud, la investigación-acción-participativa… Él movía la cabeza de derecha a izquierda, negando el haber recibido información de algunos de esos temas. Su cara de incredulidad lo denotaba. *"Sí nos insisten en que trabajemos en la comunidad y hemos ido a hablar a (…nombre propio de un Taller-Escuela) y charlas en los colegios sobre piojos y eso… Vamos una vez al mes a la radio a hablar, yo no quiero porque me da vergüenza hablar en público"* (DC, 31 de enero de 2011, pág. 128).

> *"El programa de la especialidad empezó muy pequeñito, ahora ya es un programa por competencias, es un tocho infumable pero es bueno para consultar y ver determinadas competencias clínicas que tienen los residentes, y ya te digo, la Participación Comunitaria, las intervenciones comunitarias no están calificadas como competencias esenciales, a pesar de nuestro apellido, son competencias más que están ahí en un huequecito, como al final"* (ET3).

Las actividades comunitarias requieren ciertas condiciones básicas que, en la realidad estudiada es necesario mejorar. En este sentido, las aportaciones de las personas informantes están relacionadas con la cualificación de la formación continuada y la formación en la especialidad, lo cual es absolutamente razonable desde el ámbito profesional.

"*Hay gente que no sabe lo que es promoción de salud, igual merecería la pena meter en los programas de formación continuada de todos los centros o todas las unidades de gestión clínica… debería de tener alguna formación en ese sentido"* (ET1)

"*porque nosotros somos parte de la ausencia porque tendríamos que ser motores de esas cuestiones, pero, pero, pero primero los tutores tienen que volver a retomar la sensibilidad que tenían antes, una vez que en la formación aún había algo de comunitaria. Y yo creo que la gente cuando lo hablamos, lo recuerda como algo agradable"* (ET4).

La formación en cualquiera de sus modalidades, constituye la base para un desempeño profesional acorde con la dimensión comunitaria de la atención sanitaria en el ámbito de la Atención Primaria. No obstante, es la formación pre-grado la que debe marcar el perfil del futuro profesional, seguida de la formación especializada y, finalmente, la formación continuada encaminada a una praxis profesional sólida y contextualizada.

CAPÍTULO 7:

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Hace un día estupendo para mejorar el mundo, ¿Te apuntas?

César Piqueras.

7.1. Limitaciones de la Investigación

Respecto al *tema investigado*: las representaciones sociales y las prácticas en intervención comunitaria en salud, hay que señalar que el carácter multidimensional del mismo, la diversidad de profesionales implicados en este tipo de intervención y las características del propio Sistema Sanitario, ha representado una dificultad por su amplitud y complejidad. Por este motivo, no ha sido posible explorar todas las dimensiones de manera exhaustiva. En este sentido, hay que destacar que no hemos podido abordar en profundidad los factores que dificultan la Intervención Comunitaria y sus alternativas, lo que hubiese requerido una indagación más pormenorizada acerca de la Política Sanitaria.

A *nivel metodológico*, hay que señalar que en relación con las Representaciones Sociales y la Técnica de Asociación Libre de Ideas no se ha realizado un análisis de correspondencia con los datos obtenidos mediante la aplicación de un análisis factorial de correspondencias. A través de este proceso se podía haber determinado el menor número de factores que explican una determinada tabla o matriz de correlaciones, posibilitando la organización de los datos en frecuencias, así como la representación gráfica de diferentes conjuntos de inter-relaciones existentes dentro de cada uno de los conjuntos y categorías.

También la definición de unos criterios de inclusión ha provocado la desestimación de algunas actividades comunitarias, a pesar de que estos criterios han sido menos estrictos que los utilizados por otros/as autores/as.

Respecto a la selección de personas informantes, destacar que, aunque el estudio está limitado a profesionales sanitarios, tendríamos que haber considerado la ampliación a otro agente implicado en la Intervención Comunitaria: el/la Trabajador/a Social.

La unificación administrativa de los Distritos Sanitarios durante la realización de esta investigación ha obligado a ampliar los escenarios de recogida de la información, lo que ha dificultado la profundización.

7.2. Síntesis de Evidencias

El análisis de estas evidencias desde la perspectiva utilizada, nos ha permitido elaborar una Teoría sobre la Representación Social de la Intervención Comunitaria de los/as profesionales sanitarios/as de Atención Primaria. Según esta Teoría nos movemos en una pirámide en la que se observa cinco grados diferentes, desiguales y progresivos de representación de nuestro objeto de estudio (Figura 25).

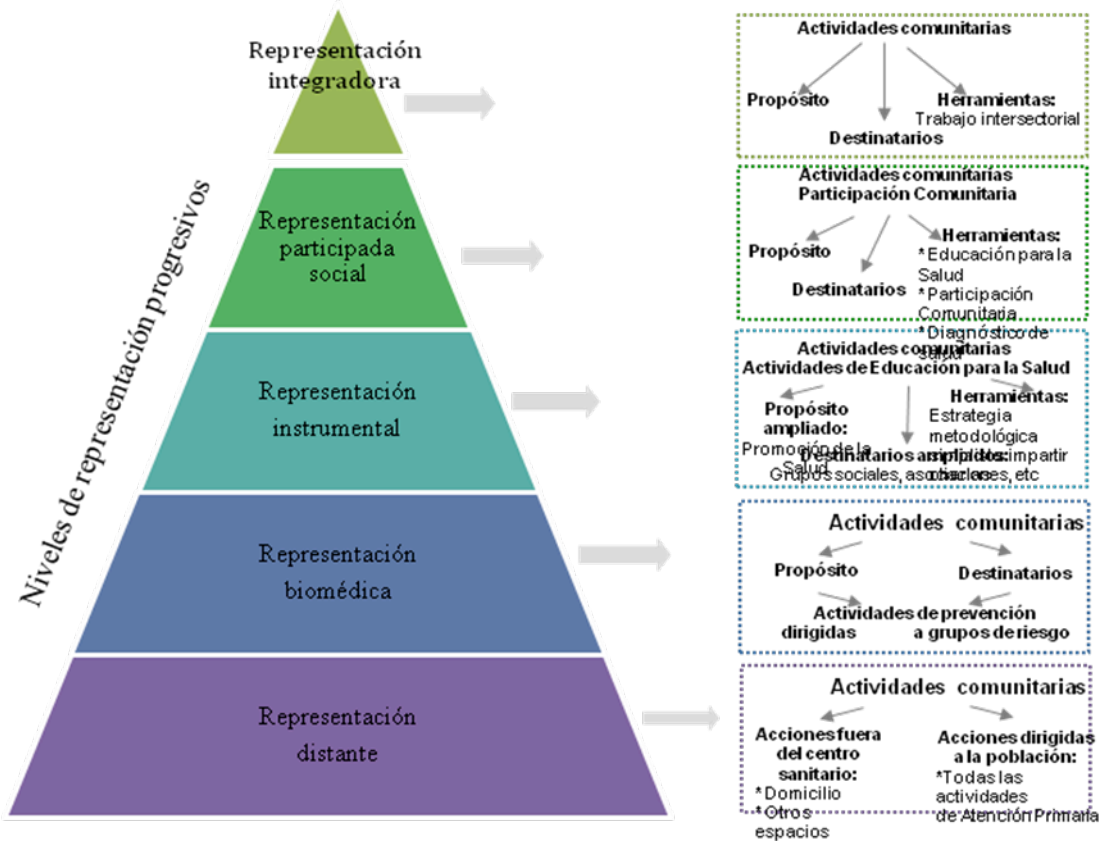


Figura 25. Teoría elaborada sobre la representación social de la Intervención Comunitaria de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en Huelva.

Conforme vamos ascendiendo por la pirámide, la representación de la Intervención Comunitaria va incorporando o ampliando algunos de los elementos que nos han servido para la categorización, referidos a los propósitos, destinatarios/as o herramientas. De esta forma, a medida que nos acercamos al vértice, la representación adquiere un mayor grado de complejidad, incorporando atributos que la aproximan a las concepciones normativas que han orientado esta investigación.

De menor a mayor grado de elaboración de la representación de nuestro objeto de estudio, señalamos un primer escalón que hemos denominado *Representación Distante* en la que prevalece una visión demográfica, apoyada en el espacio y en los/as destinatarios/as. Por un lado, lo que diferencia a la Intervención Comunitaria de otro tipo de intervención es el lugar dónde se ejecuta, el espacio. Son aquellas acciones que se realizan fuera del Centro de Salud, en el domicilio, en los centros escolares, en otros espacios comunitarios sin diferenciar el propósito. El discurso sería el de trabajar *en* la comunidad, no *con* la comunidad. Por otro lado, la segunda acepción que compone este grado de representación es aquella que expande la acción comunitaria a toda la población, en el sentido puramente demográfico. Se asocia la comunidad con la población, por lo que la Intervención Comunitaria es toda actividad que se realiza en Atención Primaria: asistenciales, preventivas, individuales, en domicilio, en el centro, programadas, urgentes, de promoción de salud…sin distinción alguna, todo lo que se realiza en Atención Primaria.

Los elementos sobre los que se sustenta el siguiente grado de representación son el propósito y unos/as destinatarios/as específicos/as. Los informantes acotan estas actividades a las que se realizan en grupo, pero principalmente grupos de riesgos, porque el objetivo que anima a la Intervención Comunitaria es la prevención. Podríamos incorporar en este nivel, una representación más ampliada, al incluir también a otros grupos sociales, pero sobre los que se va a intervenir en base a la información epidemiológica que los/as profesionales poseen, sin partir de un diagnóstico de salud participativo. Hemos denominado a este nivel, *Representación Biomédica,* que impregna el imaginario de los/as profesionales, principalmente los de Medicina.

Las actividades comunitarias son, mayoritariamente, *Actividades de Educación para la Salud*. En este grado vemos ampliado los elementos que sostenían el grado anterior: propósito y destinatarios/as. La finalidad de la acción comunitaria se extiende a la Promoción de la Salud, además de la Prevención. Por tanto, a los grupos de riesgos, se les añaden los grupos sociales y asociaciones, como destinatarios de esta acción. Principalmente

se caracteriza porque la Educación para la Salud es el instrumento principal de intervención con el fin de modificar hábitos y mejorar la utilización de los servicios sanitarios, bajo la consideración de que la población no tiene formación al respecto. Prevalece un enfoque reduccionista de la Educación para la Salud con charlas y campañas publicitarias como principal estrategia metodológica. La máxima dificultad radica en la formación del grupo, el resto no necesita ninguna preparación, salvo el contenido que se abordará en la charla, por lo que cualquier profesional está capacitado para realizar Intervención Comunitaria. A este grado de representación le hemos denominado *Representación Instrumental.*

Bajo el prisma de la *Representación Participada Social,* además de confirmar los propósitos y destinatarios/as del nivel anterior, se integran elementos básicos de la definición de Intervención Comunitaria: Educación para la Salud, diagnóstico de salud, actividades grupales, ponderando otra de sus principales herramientas: la Participación Comunitaria. Los/as profesionales situados/as en este grado llegan a confundir ambos términos: Participación Comunitaria e Intervención Comunitaria. Pero su noción de Participación Comunitaria está referida a la gestión del centro, valorando la importancia y la necesidad de la misma pero con condiciones a la hora de aceptar lo que aportan los interlocutores

La Representación Integradora, más difícil de alcanzar porque está en el vértice de la pirámide, es la representación más elaborada, conformada en aquellos/as informantes que tienen una amplia experiencia en el nivel de Atención Primaria y en Intervención Comunitaria. En su práctica ha habido o hay ejemplos continuos de actividades comunitarias y de trabajo intersectorial, aunque no lo denominen así, pero en su discurso señalan la importancia del trabajo con los líderes de la comunidad, con las fuerzas vivas como elemento principal de avance.

La valoración de las actividades comunitarias también forma parte de la Representación Social de nuestros/as informantes, valorando positivamente la Intervención Comunitaria, cuando expresan casi unánimemente la necesidad de la existencia de un/a responsable de estas acciones al que se le ha de exigir unos requisitos de formación, competencia, motivación, liderazgo y experiencia. No obstante, las actividades comunitarias se consideran importantes pero poco viables en la situación actual del Sistema Sanitario. La Política Sanitaria de recortes en nuestra Comunidad Autónoma es la justificación perfecta para enarbolar la Promoción de la Salud teóricamente y después dejar de hacer, o no exigir que se hagan o calificarlas con atributos negativos. Son necesarias también unas condiciones organizativas mínimas de tiempo y recursos.

La actividad asistencial es lo más importante para gran parte de lo/as profesionales y para la Administración Sanitaria, porque ha sido el centro de su práctica profesional, porque se les ha formado para atender la enfermedad, porque no se destinan recursos humanos ni materiales para la Promoción de Salud. Es unánime la exigencia de que la Intervención Comunitaria esté incluida en la cartera de servicios, con recursos y tiempo suficiente para evitar el voluntarismo que acompaña a estas prácticas de forma generalizada en nuestro país. La dispersión en la asignación de la responsabilidad de las acciones comunitarias es la nota dominante, bien a los/as profesionales de Enfermería, a los de Trabajo Social o a los/as profesionales de Medicina. En los centros estudiados no hay una designación oficial del responsable de las actividades comunitarias, ni una comisión interna encargada de la planificación de estas acciones.

La Intervención Comunitaria no forma parte del ideario profesional, situándola al margen de la actividad diaria en los Centros de Salud, más vinculada al modelo de Atención Continuada.

Respecto a la percepción de los/as sanitarios/as de Atención Primaria en Huelva sobre la orientación comunitaria de los servicios sanitarios, podemos concluir que las opiniones de los/as profesionales informantes se acumulan de forma similar en dos polos. Los/as que afirman la ausencia de la dimensión comunitaria en su ejercicio profesional, algunos/as denunciando esta desaparición o disminución con anterioridad a las circunstancias sociales del momento, y otros/as vinculándola a los momentos coyunturales de la crisis económica. Frente a esta postura se encuentran los/as que perciben la presencia de la dimensión comunitaria en la práctica, de una forma parcial, en determinadas áreas de la atención, o de manera clara y rotunda en la totalidad de la atención. Las argumentaciones en este último caso están asentadas en la consideración de que la comunidad son los/as destinatarios/as de todas las acciones profesionales, y en la oportunidad de participación de los/as usuarios/as en el sistema de salud. La distribución de estas respuestas varía en función de los perfiles profesionales de los/as informantes. Mientras que las respuestas más pesimistas son facilitadas indistintamente por enfermeros/as y médicos/as que ocupan un puesto base en las U.G.C. y por Enfermeras/os Gestoras de Casos, las más optimistas se acumulan más entre los/as directivos/as, y especialmente entre los del Distrito Sanitario Condado-Campiña, que parecen tener un discurso institucional común, reproductor del de la Administración Sanitaria de Andalucía. Por otra parte, estas diferencias se corresponden con el grado de Representación Social en el que se sitúan las personas informantes, de tal forma, que quienes

se asientan en el grado de *representación distante* y en el grado *Biomédico*, son los más optimistas en su consideración de la orientación comunitaria en el ámbito de la Atención Primaria. En cambio, quienes poseen una representación situada en el nivel *Participado Social o Integrador*, son los/as más pesimistas.

En cuanto a los elementos que perfilan la orientación comunitaria de la Atención Primaria de Huelva, podemos concluir que el examen de la realidad nos ha proporcionado escasos elementos sobre su perfil comunitario en este nivel de atención a la salud. La orientación del trabajo en los Centros de Salud adolece de la dimensión comunitaria deseada por algunos/as profesionales, definida por Ley y exigida desde los Organismos Internacionales. De los siete indicadores utilizados para la evaluación de la práctica comunitaria en los centros de Atención Primaria (Organización del trabajo, Diagnóstico de Salud Comunitario, Equipo Básico de Atención Primaria, existencia de algún/a responsable, Participación Comunitaria, Trabajo intersectorial, características de las actividades comunitarias) tan sólo uno alcanza una valoración aceptable.

La organización de la jornada laboral no facilita la práctica comunitaria. La observación de una misma distribución del trabajo en todos los centros estudiados y para cada tipo de profesional; la distribución del tiempo definido por disposiciones de la Administración Sanitaria de Andalucía, en el caso de los/as médicos de familia y comunitaria, para la realización de consulta asistencial a demanda; la ausencia de tiempo real para la realización de actividades comunitarias en los/as profesionales de medicina de familia y comunitaria, de pediatría y de enfermería, que suponen casi el 90% del EBAP; la desconsideración de las acciones a la comunidad por parte de la Administración Pública eliminando la denominada Atención Continuada A; y la orientación asistencialista de las actividades que se distribuyen en el horario de trabajo, marcadas por la consecución de objetivos de gestión, en ocasiones impuestos, determinan la semblanza de un nivel primario de atención alejado del que se definió con

El Diagnóstico de Salud Comunitario, elemento clave en la planificación de la atención sanitaria, no existe en la mayor parte de los centros estudiados. En los que se realiza algún diagnóstico de salud, no es por iniciativa del EBAP, sino de las plataformas comunitarias en el caso de las ZNTS y de los grupos motores que desde los Ayuntamientos se constituyen para poner en marcha los Planes de Acción Local en Salud, o bien responden al análisis epidemiológico basado en los indicadores del estado de salud ofrecido desde el Distrito.

En relación al trabajo de equipo, recogido en el artículo 63 de la Ley General de Sanidad, no se lleva a cabo en ninguno de sus aspectos, lo cual se evidencia en la ausencia de reuniones interprofesionales donde se decide de manera conjunta la orientación, los objetivos y las acciones que se van a realizar, así como por el desconocimiento de las competencias de determinados profesionales del equipo.

En los centros estudiados no hay una designación oficial del responsable de las actividades comunitarias, ni una comisión interna encargada de la planificación de estas acciones. Las personas informantes, en cambio, suelen atribuir esta función a los/as trabajadores/as sociales y a los/as EGC por el mayor conocimiento y contacto con la comunidad.

La Participación Comunitaria se desdibuja en el contexto de la Atención Primaria en Huelva, a pesar de existir medidas con la intención de articularla: comisiones de salud, comisiones de participación ciudadana, hoja de reclamaciones y buzón de sugerencias. Lo cierto es que estas opciones no han favorecido de forma operativa la participación comunitaria en el proceso de planificación de los servicios sanitarios en su nivel primario, quedándose en un nivel de participación muy exiguo.

El trabajo intersectorial, no exento, por supuesto, de mejoras en gran medida, dado que en la mayoría de los centros no superan el nivel de información o cooperación, puede considerarse como aceptable, dadas las circunstancias. Los sectores con los que se ha establecido algún tipo de relación han sido: Educación, Servicios Sociales, Asociaciones de vecinos, Asociaciones de personas con alguna enfermedad y Ayuntamientos, siendo los/las profesionales más vinculados los/as Trabajadores/as Sociales y las Enfermeras de Gestión de Casos. Parece que un trabajo de integración entre los diferentes sectores puede conseguirse con la puesta en marcha de los Planes Locales de Salud, siempre que las comisiones no sean únicamente técnicas, como hasta ahora. Por lo que, pueden ser la vía que garantice una participación comunitaria real y un trabajo intersectorial.

Respecto a las características de las actividades comunitarias en salud que se ejecutan en el ámbito de Atención Primaria de Huelva podemos concluir:

-A pesar del escaso perfil comunitario detectado en la práctica de Atención Primaria, se han localizado un número aceptable de actividades comunitarias, derivadas en gran medida de

los Procesos Asistenciales Integrados y los Programas de Salud y no de un diagnóstico comunitario participativo.

-En su gran mayoría, no cumplen con todos los requisitos deseables para considerarlas como acciones comunitarias de calidad, bien porque no siguen una perspectiva metodológica concreta, porque no garantizan una participación comunitaria real, porque no tienen dimensión intersectorial o bien no han sido evaluadas o no tienen continuidad en el tiempo.

-La distribución de acciones comunitarias es desigual por los diferentes Centros de Salud. Nos atreveríamos a decir que en aquellos centros donde la frecuencia de actividades es mayor, se debe a la presencia de profesionales muy competentes, a los que les gustan y creen en la potencialidad de la Intervención con los grupos.

-La atención comunitaria se muestra estándar en las Unidades de Gestión Clínica de nuestra provincia, a pesar de las diferencias poblacionales.

-El objetivo principal de la acción comunitaria en Huelva es mejorar la calidad de vida de la población, de ahí que estén centradas en la Salud en general, la deshabituación tabáquica y la atención a las cuidadoras.

-El grupo poblacional que se beneficia en mayor medida de las actividades comunitarias son las mujeres frente a las personas mayores que constituyen el grupo etario que recibe menos atención desde la perspectiva comunitaria.

-Las personas inmigrantes no son destinatarias de ninguna de las acciones comunitarias, lo cual es llamativo, dado la elevada proporción de este colectivo social en las Zonas Básicas de Salud estudiadas.

-La práctica profesional en Atención Primaria de Huelva carece de un enfoque sistémico de la salud que dificulta la intersectorialidad

-La comunidad es un agente pasivo en el desarrollo de la acción comunitaria, a pesar de existir órganos de Participación Comunitaria creados mediante legislaciones especificas. -Los/as profesionales de Enfermería, junto con la Enfermera Gestora de Casos y el/la Trabajador/a Social son los/as protagonistas tanto en la coordinación como ejecución de actividades comunitarias.

-No se realiza evaluación alguna de las actividades comunitarias, ni tampoco se valora la satisfacción de las personas usuarias, lo cual es compatible con una práctica profesional donde se priorizan las actividades asistenciales.

-La mayoría de las actividades comunitarias son actividades de Educación para la Salud basadas en el modelo persuasivo-ecológico y en el modelo informativo/motivacional, siendo

la charla, la principal estrategia de transmisión de conocimientos que se utiliza, a pesar de su demostrada ineficacia.

-Las actividades comunitarias en nuestra provincia no se difunden por las redes conocidas en nuestro país.

-Del nutrido grupo de prácticas comunitarias con evidencia científica de factible ejecución en el primer nivel de atención, se ha observado una escasa aplicación en los centros de Atención Primaria estudiados, por un doble motivo: por ausencia de actividad y por la realización de actuaciones sin efectividad probada.

Las áreas de Salud Maternal, Salud Infantil, Salud Escolar y Hábitos Saludables en jóvenes están necesitadas de intervenciones comunitarias en general y por supuesto, de acciones con evidencia científica.

-Las actividades con probada efectividad implantadas en nuestro escenario de estudio son: Programa de formación de mediadores en salud, la actividad grupal de Proceso Integral de Obesidad Infantil, los grupos de deshabituación tabáquica del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, los Planes de Intervención Comunitaria de dos ZBS, y las acciones para la práctica de ejercicio físico grupal: Por un millón de pasos y los talleres de envejecimiento activo.

Respecto a las dificultades para llevar a cabo la Intervención Comunitaria, destacan: la orientación asistencialista del Sistema Sanitario y de la demanda de la población, las condiciones de trabajo, la escasa implicación de la comunidad, la escasa formación pre-gado, post-grado o de especialización y continuada en Salud Comunitaria de los/as profesionales y las Representaciones Sociales sobre la Intervención Comunitaria.

Otro de los factores que dificultan la Intervención Comunitaria es la organización de la jornada laboral. La observación de una misma distribución del trabajo en todos los centros estudiados y para cada tipo de profesional; la distribución del tiempo definido por disposiciones de la Administración Sanitaria de Andalucía, en el caso de los/as médicos, para la realización de consulta asistencial a demanda; la ausencia de tiempo real para la realización de actividades comunitarias en los/as profesionales de medicina de familia y comunitaria, de pediatría y de Enfermería, la desconsideración de las acciones a la comunidad por parte de la Administración, eliminando la denominada Atención Continuada A; y la orientación asistencialista de las actividades que se distribuyen en el horario de trabajo, marcadas por la consecución de objetivos de gestión, hacen casi imposible la Intervención Comunitaria. Sin embargo, la flexibilidad en la distribución horaria del trabajo

de la Enfermera Gestora de Casos, Matrona y Trabajador/a Social aparecen como los principales promotores y ejecutores de las acciones comunitarias.

Entre los factores que favorecerían el desarrollo de la Intervención Comunitaria en Atención Primaria, hay que destacar: la voluntad política, la profesionalización de los cargos de gestión, el aumento del tiempo para la realización de intervenciones comunitarias, la flexibilidad en la agenda de trabajo, el aumento de los recursos humanos, la mejora de la infraestructura y adecuación de los recursos materiales, la optimización de la formación continuada y en la especialidad, el aumento de la motivación profesional, la designación de un/a responsable de las actividades comunitarias en cada Centro de Salud y la recuperación del trabajo en equipo como algo esencial.

7.3. Líneas futuras de investigación e intervención

A partir de las conclusiones del estudio podemos perfilar algunas de las líneas de investigación futura:

La identificación de diferentes grados en la Representación Social sobre la Intervención Comunitaria, la descripción del perfil comunitario de los centros y de las actividades que se realizan en Atención Primaria y la percepción que los/as profesionales tienen de esta orientación en el primer nivel de atención nos invitan a seguir profundizando en varias direcciones:

- En la línea de la revisión documental, sería muy conveniente completar el trabajo iniciado sobre la identificación de acciones comunitarias con probada efectividad, ampliando la búsqueda de evidencias en las diferentes fuentes aportadas en el apartado de limitaciones del estudio, para su contrastación en la práctica y para su difusión.
- La escasa difusión de las actividades comunitarias que se realizan en Huelva, y que se hace extensivo a todas las provincias andaluzas, nos alerta de una exigua valoración de estas acciones, de un desconocimiento de las redes existentes y/o de la presentación de las experiencias en Jornadas y/o Congresos, formando parte de la extensa literatura gris que tenemos en nuestro país y concretamente, en nuestra profesión. En este sentido, una revisión documental del material presentado en estos

foros nos acercaría de forma acertada a la transmisión real de las acciones comunitarias en los espacios científicos.

- Hacer extensivo este tipo de estudios a nivel autonómico, dada la ausencia de conocimiento científico en las publicaciones más recientes, ampliando la investigación a todos los agentes implicados en la Intervención Comunitaria y al propio Sistema Sanitario.
- La práctica evaluativa es fundamental para la mejora de la atención y en nuestro tema de estudio para dar argumentos que justifiquen la necesidad de potenciar una dimensión de la atención que para la administración, profesionales y población es considerada como prescindible. Por lo que, completar la información sobre este tema se convierte en tarea pendiente de esta investigación en el futuro.
- De todas las áreas en las que se ha detectado escasa o ninguna aplicación de la evidencia científica, hay una que me ha llamado especialmente la atención: La Salud Escolar. Sobre todo, por la existencia de un programa de salud que al parecer tiende a desaparecer por la ausencia de actividad, a pesar de la existencia de intervenciones efectivas. Esta circunstancia nos hace plantear una mayor profundización en las acciones que los equipos de salud realizan en el ámbito escolar y su mayor efectividad frente a la figura de la enfermera escolar existente en otras Comunidades Autónomas.
- La identificación de la formación en Salud Comunitaria como factor determinante en la práctica y la escasa presencia en el currículum de Grado y en la especialización de las profesiones sanitarias, nos invita a profundizar en el qué está ocurriendo en esos dos ámbitos en el resto de la Comunidad Autónoma de Andalucía e incluso en el resto de España y en qué hacer desde la perspectiva de los/as responsables de la formación.
- La profundización en las Representaciones Sociales de los/as profesionales sanitarios/as en Atención Primaria es crucial para idear alternativas adaptadas y pertinentes que potencien esta perspectiva en un futuro. La graduación observada en esta unidad de análisis puede servir de filtro en la detección de los referentes para iniciar un proceso de Participación e Intervención Comunitaria en los Centros de Salud.
- Desde la perspectiva salutogénica, los principales activos en salud, somos los/as profesionales sanitarios. El grado de representación dominante y la escasa práctica comunitaria nos invita a idear y evaluar propuestas didácticas que aumenten la

actitud positiva de los/las estudiantes de las titulaciones de Ciencias de la Salud hacia la Intervención Comunitaria.

CAPÍTULO 8

FUENTES DE LA TESIS DOCTORAL

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J.C. (1982) Cognitive processes underliying cooperation: the theory of social representation. En A. Derlega & J. Grzelak (Eds). *Cooperation and helping*

Abric, J.C. (2001). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Abric, J.C. (Ed.). *Prácticas sociales y representaciones* (p.53-74). México: Ediciones Coyoacán.

Aceituno Velasco, L. (Coord.) (2014). Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio (3ª edición). Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio_nuevo/embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETA) (2002). Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Madrid. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Aguilar Diosdado, M. et. al. (2009). II Plan Integral de Diabetes de Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud. Recuperado en Marzo de 2015 de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_diabetes/pidma2.pdf

Aguilar Idáñez, MJ. (2001). La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?. Madrid. Editorial Díaz de Santos.

Aguilar Idáñez, MJ. (2006). Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. *Comunidad,* 9(1), 66-81. Recuperado en 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/9/documentos-3.pdf

Aguiló Pastrana, E. (2008) La metodología de los procesos correctores comunitarios ProCC. *Revista Electrónica de Atención Primaria,* 16. Recuperado en 2012 de:http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=07&mode=ft

Aguiló Pastrana, E., García Pastor, JA., Núñez Jiménez, C., Poblet Calaf, C., Pérez Jarauta, MªJ. & Ruíz-Giménez Aguilar, JL. (2012) Formación en la competencia comunitaria en las Unidades Docentes Multiprofesionales. *Comunidad 14*(2), 101-108.

Aguiló Pastrana, E., López Martín, M., Siles Román, D., López Fernández, L.A. (2002) Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de

la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Atención Primaria,* 29(1), 26-32.

Aguiló, E. & López, M. (1999). Actividades comunitaria desde Atención Primaria: descripción, análisis y reflexiones. 1er Encuentro PACAP. Madrid. Recuperado en 2011 de: www.procc.org.

Almeida, G.B.S., Paz, E.P.A. & Da Silva, G.A. (2011). Social representations of arterial hypertension and its care: a collective subject discourse. *Acta Paulista de Enfermagem, 24*(4), 459-465.

Alonso Alfonseca, J. et al. (2004). Programa de Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015 de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/alimentacion_equilibrada_actividad_fisica/material_ciudadano/alimentacion_escuela/alimentacion_saludable_escuela.pdf.

Alvarez-Gayou Jurgenson (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México. Paidós educador.

Amo Alfonso, M. & Rodríguez Rodríguez, M. (2010). Metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud. Sevilla. Consejería de Salud. Recuperado en Marzo de 2015 de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/metodologia_planes/metodologia_planes_integrales.pdf

Anderson L, Adeney K, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause L. Intervenciones con coaliciones comunitarias para reducir la disparidad en salud entre las poblaciones de minorías raciales y étnicas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 6. Art. No.: CD009905. DOI: 10.1002/14651858.CD009905

Anderson, R.E.& Carter I. (1994) La conducta humana en el medio social. Enfoque sistémico de la sociedad. (1ª edición) Barcelona. Editorial Gedisa.

Andreu, C. (2008). Desarrollo comunitario, estrategias de intervención. Recuperado en 2015 de: http://www.eduso.net/res/?b=10&c=90&n=252

Andréu Abela, J., García-Nieto, A. & Pérez Corbacho A.Mª. (2007). Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo. (1ª edición). Serie de Cuadernos Metodológicos. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Antolín Suárez, L., Hidalgo García, MªV., Jiménez García, L., Jiménez Iglesias, AMª, Lorence Lara, B. Moreno Rodríguez, C., Oliva Delgado, A. & Ramos Valverde, P.

(2009). DINO y Prevenir para vivir. Evaluación de dos programas de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar. Sevilla. Dirección general para las drogodependencias y adicciones. Consejería de Igualdad y Bienestar Social.

Antón García, F., Guerola Lablanca, J.V., Catalán Macián, J.B., Barbas Galindo M.J., Durá Navarro, R., Richard Rufino, M.J. (2001) Efectividad de las actividades preventivas a los 8 años de su introducción en una consulta de medicina general de un centro de salud. *Atención Primaria,* 27(1),98-106.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International,*11(1), 11-18. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html

Aranda Regules, J.M. (1984). Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

Aranda Regules, J.M. (1993). Nuevas perspectivas en atención primaria de salud: una revisión de la aplicación de los principios de Alma – Ata. Madrid. Editorial Díaz de Santos.

Araujo, E.C. & Menicucci, E.O. (2008). Entendimento sobre o HIV e a AIDS entre jovens do sexo masculino ancorado na teoria das representaçôes sociais. *Enfermería Global, 7*(1), 1-14. Recuperado en Abril de 2012 de: http://revistas.um.es/eglobal

Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión Cuadernos de Ciencias Sociales. Recuperado el 10 de Abril de 2012 de: http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf

Arenas, C. Legaza, A.I., & Muñoz, J. (2008). Informe de evaluación del impacto social del Programa abierto hasta el amanecer. Gijón. Fundación Atenea. Grupo Cid. Recuperado en 2015 de: http://abiertohastaelamanecer.com/wp-content/uploads/2015/02/Evaluacion_impacto.pdf

Arnstein, S.R. (1971). Eight rungs on the ladder of citizen participation. En Cahn, S.E.& Passett, B.A. (ed.). *Citizen participation: effecting community change.* New Cork: Praeger Publications.

Artell, J.J., Jovell, A. & Navarro, M.D. (2008). El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Barcelona. Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Astray Coloma, L. (2003). La intervención comunitaria en la encrucijada. *Atención Primaria,* 32(8), 447-450.

Astray Coloma, L. (coord.) (2012). ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?.. De la reflexión a las primeras intervenciones. (2ª edición). I Recomendaciones del PACAP. Recuperado en 2012 de: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2012/11/recomendaciones-pacap.pdf

Auerbach, C.E. & Silverstein, L.B. (2003). Qualitative data: An introduction to coding and analysis. Nueva York, EE.UU: New York University Press

Ayestaran, S., De Rosa, A. & Páez, D. (1987). Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición. En Páez D. y et. al. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social* (p. 16-70). Madrid: Editorial Fundamentos.

Báez y Pérez de Tudela, J. (2007). Investigación cualitativa. Madrid: ESIC Editorial.

Bailey J, Murray E, Rait G, Mercer C, Morris R, Peacock R, Cassell J, Nazareth I. Intervenciones interactivas electrónicas para la promoción de la salud sexual. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD006483. DOI: 10.1002/14651858.CD006483

Baldissera, V.D.A. & Bueno, S.M.V. (2010). A representaçâo da sexualidade por idosas e a educaçäo para a saúde. *Revista electrónica de Enfermagem, 12*(4), 622-629. Doi:10.5216/ree.v1214.8830

Banchs, M.A. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología,5*(8-9), 27-40.

Banchs, M.A. (1994). Desconstruyendo una desconstrucción: lectura de Ian Parker (1989) a la luz de los criterios de Parker y Shotter. *Papers on Social Representations,3*(1), 1-23. Recuperado el 23 de Abril de 2012 de: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1994/3_1994Banch.pdf

Banchs, M.A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations,9*(3), 3.1-3.15.

Bandoni, D.H., Brasil, B.G. & Jaime, P.C. (2006). Programa de alimentaçâo do trabalhador: representaçôes sociais de gestores locais. *Revista Saúde Pública, 40*(5), 837-842.

Barlow J, Coren E. Programas de entrenamiento para los padres dirigidos al mejoramiento de la salud psicosocial materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Barlow J, Parsons J. Programas grupales de entrenamiento para padres para mejorar el ajuste emocional y conductual en niños de cero a tres años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Barreix, J. & Castillejos Bedwell, S. (2003) Las necesidades Humanas: su comprensión y determinación. En Barreix J. *Metodología y Método en trabajo social*. (2ª edición). P. 72-95. Buenos Aires. Editorial Espacio.

Barrera Becerra, C., Del Río Urenda, S., Dotor Gracia, M., Santana López, V., Suárez Alemán, G. (2011). Estrategia para la Seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf

Barrio Cantalejo, I.M. & Simón Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*; 126 (11): 418-23.

Basagoiti, M., Bru, P. & Lorenzana, C. (2001). La Investigación- Acción-Participativa de bolsillo. Madrid. ACSUR Las Segovias.

Benavides, F. (2010) Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. Ga*ceta Sanitaria 24*(suppl 1), 90-95.

Benavides, F., Moya, C., Segura, A., De la Puente, M.L., Porta, M. & Amela, C. (2006). Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gaceta Sanitaria 20*(3), 239-243.

Benavides, FG., Bolúmar, F. & Gómez-López, L. (2006). El Espacio Europeo de Educación Superior, una gran oportunidad para la salud pública. *Gaceta Sanitaria 20* (2), 89-90.

Berger, P. & Luckmann,T. (1993). La construcción social de la realidad. (1ª edición en castellano, 11ª reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.

Berger, P.L. & Luckmann, T (2001). La construcción social de la realidad. (17ª reimpresión). Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Bernués Vázquez, L. & Peya Gascons, M. (coord.) (2004) Libro blanco Título de Grado de Enfermería. Madrid. Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (ANECA).

Bravo Escudero, MªC., Bernabé Moyano, MªA., Gálvez García, J., Jiménez Escalante, F. & Márquez Gálvez MªG. (2013) Programa de Promoción de la Salud Bucodental "Aprende a Sonreír" + Propuesta Didáctica. Sevilla Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/salud_bucodental/aprende_a_sonreir/propuesta_didactica_parte_01.pdf

Brotons, C., Soriano, N., Moral, I., Rodríguez-Artalejo, F., Banegas, J.R., Martín-Moreno, J.Mª. (2012) Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPS. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 26(supl.), 151-157

Brugués Brugués, A., García Guerrero, A., Contel Segura, JC. & Cebrián Pujol, HM. (2011) Gestión de cuidados. Modelos de organización de los Equipos de Atención Primaria. En Lafuente Álvarez, N., Amat Camat, G., Contreras Fernández, E. & Sánchez López, C. (Eds) *Curso de preparación de la prueba de competencias para el acceso extraordinario a la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.* (p.765-779). Málaga. ASANEC, AIFFICC, ACAMEC y SEFyCEX.

Bueno Abad, J.R. & Mestre Luján, F.J. (2005) Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Intervención psicosocial,14* (2), 131-159.

Bustamante Ospina, E. (2013). La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

Butterfoss, FD. (2006). Process evaluation for community participation. A*nnual Review of Public Health,* 27(1), 323-340.

Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión. El silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública;* 76 (5):409-422.

Campbell, C. & Jovchelovitch S. (2000). Health, community and development: Towards a social psychology of participación. *Journal of community & applied social psychology 10*(4), 255-270.

Campbell, C. & McLean, C. (2003). Social capital, local community participation and the construction of Pakistani identities in England: Implications for health inequalities policies. *Journal of Health psychology, 8*(2), 247-262.

Canals, J. (1994). La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario. *Jano*, XLVI (1073), 11-17.

Cardona Arias, J.A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública,12*(5), 765-776.

Carreras J. (2008). Diseño de nuevos planes de estudios en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior (II). Perfil profesional del graduado en Medicina. *Educación Médica 11*(3), 113-123

Carvajal Burbano, A. (2001). Apuntes sobre Desarrollo Comunitario. (1ª edición digital). Universidad de Málaga. Eumed.net.

Casado, V. (1999) De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria. *Comunidad,* 2(1), 1-9. Recuperado en 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/2/documentos_de_paseo.pdf

Casasempere, A. (2015) La estrategia analítica. Documento del Curso de Análisis de datos cualitativo con Atlas.ti.

Castaño Vázquez, M. et. al. (2012). Programa de Promoción de la Salud Bucodental + Propuesta Didáctica "Sonrisitas". Sevilla. Consejería de Salud y Consejería de Educación. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PC/infantil/sonrisitas/1336379901776_programa_y_propuesta_didxctica.pdf

Castell Florit Serrate, P. (2007). La intersectorialidad en la práctica social. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.

Castillo, J. & Winkler, M.I. (2010). Praxis y Ética en Psicología Comunitaria: Representaciones sociales de usuarias y usuarios de programas comunitarios en la Región Metropolitana. *Psykhe, 19*(1), 31-46.

Cavalcante, M.A.A., Shimo, A.K.K. & Rolim, E.J. (2003). Social representations on breast-feeding a in group of women userss of the public health system in Pilar Do Sul-SP. *Revista Paulista de Enfermagen, 22*(1), 93-99.

Chamberlain. K. & O`Neill, D. (1998). Understanding social class differences in health: A qualitative analysis of smokers` health beliefs. *Psychology and Health,13*(6), 1105-1119.

Charmaz, K. (2006) Constructing Grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications.

Chioma Oringanje, Martin M Meremikwu, Hokehe Eko, Ekpereonne Esu, Anne Meremikwu, John E Ehiri. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CD005215. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cía Ramos, R., Fernández de la Mota, E., Fernández López, A. & Sanz Amores, R. (Coord.) (2008). Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_cuidados_paliativos/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf

Cifuentes Honrubia, J.L. Teoría de prototipos y funcionalidad semántica. *E.L.U.A.;* 8, 1992, pp: 133-177.

Cisneros Herreros, JM. (2014). Programa PIRASOA**:** Programa integral de prevención, control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, y uso apropiado de los anti-microbianos. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/

Codern i Bové, N. (2006). Acción comunitaria para la salud. En Úcar, X. & Llena Berñe, A. *Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria* (1ª edición) (p. 89-11). Barcelona. Ediciones Grao.

Cofino Fernández, R., Álvarez Muñoz, B., Fernández Rodríguez, S. & Hernández Alba, R. (2005) Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Atención Primaria,* 35(9), 478-483.

Cohen, M.Z. & Omery, A. (2005). Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación. En Morse, J.M. (Ed.): *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* (p. 185-207). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Colomer, C. & Hernández, J.C. (2001). Participación comunitaria. En Colomer, C. & Álvarez Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social.* (p. 89-98). Barcelona. Masson.

Colvero Almeida L., Ide Costardi, C.A. & Rolin Alves, M. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 38*(2), 197-205.

Comisión de las Comunidades Europeas (2007). Libro blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Recuperado en febrero de 2015: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0630&from=ES

Comisión Europea (2007) Declaración sobre "La salud en todas las políticas" Roma, 18 de diciembre de 2007. Recuperado en febrero de 2015:http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/Declaraci+%C2%A6ndeRoma%20_Lasaludentodaslaspol+%C2%A1ticas.pdf

Conde, F. & Gabriel, C. (2002). La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres andaluzas, 1993-2000. *Revista Española de Salud Pública, 76*(5), 493-507.

Consejería de Igualdad y Bienestar social (2008). I Plan de Acción Integral para Mujeres con Discapacidad de Andalucía 2008-2013. Sevilla. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas_Discapacidad/HTML/plan_mujer/index.html

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2013). IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Recuperado en enero de 2015: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2014). A no fumar me apunto. Sevilla. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Programas_del_Entorno_Escolar/Prevencion_del_Tabaquismo/programas_prevencion_tabaquismo?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Programas_del_Entorno_Escolar/Prevencion_del_Tabaquismo/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Programas_del_Entorno_Escolar/Prevencion_del_Tabaquismo/programas_prevencion_tabaquismo.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2014). I+i 2014/2018. Estrategia de Investigación e Innovación en Salud. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_estrategico_investigacion/plan_estrategico_investigacion_p?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_estrategico_investigacion/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_estrategico_investigacion/plan_estrategico_investigacion_p

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales (2014). Plan de actuación en el Área de Participación Ciudadana 2015. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Febrero de 2016: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/../contenidos/gestioncalidad/gasistencial/part_ciudadana/../../gestionclinica/Orientaciones_desarrollo_objetivos_ PC_UGC_2016.pdf

Consejería de Salud (1993). I Plan Andaluz de Salud: Mejor para tí, igual para todos. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud (1999). II Plan Andaluz de Salud. Sevilla. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud (2000). Plan de calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud (2003). III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en enero de 2015:http://www.osman.es/contenido/profesionales/articulo_3_plan_andaluz_salud.pdf.

Consejería de Salud (2004). II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado el 25 de enero de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad_profesionales.pdf

Consejería de Salud (2005). Cartera de servicio por procesos asistenciales integrados. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Servicio de cartera de servicios. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud (2005). Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud (2006). Plan de Genética de Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/medias/File/PlanGeneticadeAndalucia.pdf

Consejería de Salud (2009) Un espacio compartido. Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía 2010-2014. Sevilla. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Recuperado el 26 de enero de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_calidad_2010.pdf

Consejería de Salud (2010). Contrato-Programa Consejería de Salud- Servicio Andaluz de Salud 2010-2013. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud (2012). Programas de Promoción de la Salud en los Centros Educativos de Andalucía. Valoración de profesionales de atención primaria. Curso 2010-2011. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consultado el 1 de Abril de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/programas_del_entorno_escolar/programas_promocion_salud/p_salud_centros_educativos_2011_12.pdf

Consejería de Salud (2016). Orientaciones para el desarrollo de los objetivos de Participación Ciudadana. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía Recuperado en 2016 de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/../contenidos/gestioncalidad/gasistencial/part_ciudadana/../../gestionclinica/Orientaciones_desarrollo_objetivos_ PC_UGC_2016.pdf

Consejería de Salud (ed.) (2009). Plan estratégico de formación integral del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado el 25 de enero de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_formacion/00_plan_formacion.pdf

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1998). Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad Autónoma de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 32. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios sociales.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1998). Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documentos Técnicos de Salud Pública nº45. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios sociales.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1998). Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº47. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios sociales.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1998). Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº48. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios sociales.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1998). Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños. Documentos Técnicos de Salud Pública nº32. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios sociales.

Cook, S.A. (2008). From 'evil influence' to social facilitator: representations of youth smoking, drinking, and citizenship in Canadian health textbooks, 1890-1960. *Journal curriculum studies, 40*(6), 771-802. Doi: 10.1080/00220270701636428.

Coren E, Hossain R, Pardo Pardo J, Veras M, Chakraborty K, Harris H, Martin A. Intervenciones para la promoción de la reintegración y la reducción del comportamiento y modos de vida perjudiciales en niños y jóvenes relacionados con la calle. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 2. Art. No.: CD009823. DOI: 10.1002/14651858.CD009823

Costa, M. & López E. (1986). Salud Comunitaria. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.

Cox N, Alison J, Holland A. Intervenciones para la promoción de la actividad física en pacientes con fibrosis quística. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 12. Art. No.: CD009448. DOI: 10.1002/14651858.CD009448

Creswell, R. (1981). Útiles de encuesta y análisis antropológicos. Madrid: Fundamentos

Criado Álvarez, J.J. Repullo Labrador, J.R. & García Millán A. (2011) Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5): 437-448.

Cromack, L.M.F., Bursztyn, I. & Tura, L.F.R. (2009) O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representaçôes sociais. *Ciencia & saúde colectiva,14*(2), 627-634.

Crosley, M.L. (2004). Making sense of "barebacking": Gay men`s narrative, unsafe sex and the "resistance habitus". *British journal of social psychology, 43*(2), 225-244.

Cucco García, M. (2006). ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista. Buenos Aires. Editorial Atuel

Cucco, M. (2009). El rol profesional en la institución pública. Desgastes y alternativas. Madrid: Centro Marie Langer. Recuperado en 2012 de: www.procc.org

Cunill, N. (2005) La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 -21 Oct.. Recuperado en 2015 de: http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/la%20intersectorialidad%20en%20el%20gobierno%20y%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20social.pdf

Da Silva, M.R. & Jorge, M.S. (2002). Prática dos profissionais no programa de saúde de familia: representaçôes e subjetividades. *Revista brasileira de enfermagem, 55*(5), 549-555.

Da Silva, S.E.D., Padilha, M.I.C.& Dos Santos, L.M.S. (2011). A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representaçôes sociais desses sobre as bebidas alcoólicas. *Enfermagem em Foco, 2*(3), 160-163.

Dahl,B.M., Andrews, T., Clancy, A. (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*; 42 (1), 32–37

De Aguiar, E.S.S., Gomes, I.P., Fernandes, M.G.M. & Silva, A.O. (2011). Representaçôes sociais do cuidar de idosso para cuidadores: revisâo integrativa. *Revista Enfermagem Uerj, 19*(3), 485-490.

De Miguel Salinas, F., Miguel García, A. (2010). El Punto E: «Una experiencia de coordinación interinstitucional para la prevención en el ámbito educativo en el distrito de Chamberí» *Comunidad,* nº 12, 18-22. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/experiencia_2.pdf

De Oliveira, J.F., Mccallum, C.A. & Costa, H.O.G. (2010). Social representations of community health agents regarding drug use. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*(3), 611-618.

De Rosa, A.S. (2005). A rede associativa: Uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semánticos relacionados com as representacões sociais. En Paredes Moreira, A.S., Vizeu Camargo, B., Correia Jesuíno, J. Nóbrega, S.M. (Ed.), *Perspectivas Teórico-Metodológicas em Representaçôes Sociais.* (p.61-127). UFPB: Paraíba Editora Universitaria.

De Sales Clementino, F. & De Miranda, F.A.N. (2010). Accessibility: hindrances to decentralization of tuberculosis control in units of family health. *Revista enfermagem Uerj, 18*(4), 584-590.

De Santis, L. & Ugarriza, D.N. (2000). The concept of theme as use in qualitative nursing research. *Western Journal Nursing Research;* 22 (3), 351-372.

De Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Uiters, E., Ariza, C., Candel, M. (2003) The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects 1, *Health Education Research*, *18*(6), 649-663.

Delgado Sánchez A. (2001). Programa de medicina comunitaria en la formación de los residentes. *Revista Comunidad,* 4. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/4/documentos_programa.pdf .

Delgado Sánchez, A. & De la Revilla L. (1984). Diagnóstico de la situación de salud. Concepto y Método. En De la Revilla L. Memoria del Centro Salud de Cartuja (Granada). Sevilla. Consejería de salud y consumo. Junta de Andalucía.

Delgado, J.M. & Gutiérrez, J. (1994). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid. Editorial Síntesis.

Demo, P. (1985). Investigación participante. Mito y realidad. Buenos Aires. Kapelusz.

Denzin, N. & Lincoln Y. (1998) (comp.). The landscape of Qualitative research. Theories and Issues. Londres: Sage Publications

Di Giacomo, J.P. (1987). Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En Páez D. y et. al. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social* (p.278-295). Madrid: Editorial Fundamentos.

Díaz Grávalos, G.J. (2001) Factores relacionados con la práctica de educación sanitaria por los médicos de Atención Primaria de Galicia. *Revista Española de Salud Pública,* 75(6), 529-540.

Díaz, C., Cabrera, G. & Mateus, J.C. (2003). Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. *Colombia médica, 34*(3), 119-123.

Diniz Oliveira,A.C., Maynar Mariño, I., Fernández, M.D., Mata Benito, C. & Cobaleda Gallardo, J. (2008). Participacçâo Comunitária e Gestâo Participativa em uma comunidade de Badajoz, Extremadura, Espanha. *Revista Brasileña de medicina familiar y comunitaria,* 4(1), 061-072

Dirección General de Salud Pública y participación (2011) Propuesta para la participación comunitaria en salud en el Principado de Asturias. Resumen de líneas estratégicas, recomendaciones y actividades. Oviedo. Consejería de Sanidad. Gobierno de Asturias. Recuperado en Septiembre de 2015 de: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Recomendaciones-Participacion-Comunitaria.pdf

Doise, W (1991). Las representaciones sociales: presentación de un campo de investigación. Barcelona: Arthropos 27.

Domínguez Rubio, F. (2001). Teoría de las representaciones sociales: apuntes Madrid: Red Nómadas, Núm. 003 (Enero-Jun. 2001). Recuperado el 20 de Abril de 2012 de: http://site.ebrary.com/lib/bibuhuelib/Doc?id=10127728&ppg=5

Dufort, F., Lemelin, S. & Charron, L. (1998). Social representations of menstruation, pregnancy and menopause: a study of community health care practitioners. *Journal of reproductive and infant psychology, 16*(4), 293-300. Doi: 0264-6838/98/010293-08.

Duperrex O, Blackhall K, Burri M, Jeannot E. Educación de niños y adolescentes para la prevención de lesiones por mordedura de perro (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD004726. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Duro Martínez, J.C. (2002). El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. Revista Española de Salud Pública, 76(5), 545-559.

Duro Martínez, J.C. (2003). El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 615-627.

Duro Martínez, J.C. (2005). Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. *Atención Primaria,* 36(2), 71-77.

Echebarría Echabe, A., Sanjuan Guillén, C. & Agustín Ozamiz, J. (1992). Representations of health, illness and medicines: coping strategies and health-promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology, 31*(3), 339-349.

Ehiri JE, Ejere HOD, Magnussen L, Emusu D, King W, Osberg JS. Intervenciones para la promoción del uso de asientos elevados en niños de cuatro a ocho años de edad que viajan en automóviles (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Emanuel, E. & Emanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro, A. (1999). *Bioética para clínicos* (p.109-126). Madrid: Triacastela.

Enrique Alonso, L. (2003). La mirada cualitativa de la sociología. Madrid. Editorial Fundamentos.

Epstein, L., Gofin, J., Gofín, R., Neumark, Y. (2002). The Jerusalem experience: three decades of services, research and training in community-oriented primary care. *American Journal of Public Health* 92, 1717-1721.

Escalera Urkiaga, M.A., Ortíz González, J. & Muñoz Bellerín J. (2004). Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf

Escartín Lasierra, P., López Ruíz, V. & Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. (2015). La participación comunitaria en salud. *Comunidad,* 17(2), 1-9. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://comunidadsemfyc.es/la-participacion-comunitaria-en-salud/

Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky`s sense of coherence sacale and the relation with health: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health,* 60(5), 376-381. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563977/

Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky`s sense of coherence sacale and the relation with quality of life: a systematic review. *Journal Epidemiology Community Health,* 61(11), 938-944. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465600/

Espinosa Almendro, J.M. & Muriel Fernández, R. (coord.) (2010). AL LADO. Itinerario de atención compartida Demencias/Alzheimer. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_4_c_10_al_lado/al_lado_alzheimer_atencion.pdf

Expósito Hernández, J. et. al. (2007). II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_oncologia/plan_oncologia_2007_12.pdf

Farr, R.M. (1988). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. (Ed.) *Psicología social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (p.495-506). Barcelona: Editorial Paidós.

Farr, R.M. (1993). The theory of Social Representations Whence and Whither?. *Papers on Social Representations,2*(3), 130-138.

Fernandes H. & Horta, A.L. (2005). Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. *Rev Latino-am Enfermagem 13*(4), 522-529. Recuperado en Abril de 2012 de: www.eerp.usp.br/rlae

Fernández López, L. (2012). Reflexiones a propósito de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Comunidad 14*(2); 176-182.

Fernández López, M.D. & Maynar Mariño, I. (2008). Atencion Primaria y Procesos Comunitarios: intervencion y participacion comunitaria. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria,* 16.

Fichter, J.M. (1982). Sociología. (14ª edición). Barcelona. Herder.

Finkler, M., Oleiniski, D.M.B. & Ramos F.R.S. (2004). Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representaçôes sociais com gestantes. *Texto y contexto enfermagem, 13*(3), 360-368.

Fiuza Pérez, M.D., Aguiar Rodríguez, J.F. & Monzón Batista, N. (2010). Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (suppl 1): p. 37-41.

Fiuza Pérez, M.D., Aguiar Rodríguez, J.F. & Monzón Batista, N. (2010). Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24 (suppl 1): p. 37-41.

Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata.

Flores Biernet, Mª.D. (2001). Educación para la salud y la enfermería. Murcia. Diego Martín Librero editor.

Foxcroft D, Tsertsvadze A. Programas escolares universales para prevenir el abuso del alcohol en los jóvenes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 5. Art. No.: CD009113. DOI: 10.1002/14651858.CD009113

Foz Gil, G. (2008). La red AUPA. *Comunidad*, nº 10, 34. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/noticias5.pdf

Freak-Poli R, Cumpston M, Peeters A, Clemes S. Intervenciones con podómetros en el lugar de trabajo para el aumento de la actividad física. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 1. Art. No.: CD009209. DOI: 10.1002/14651858.CD009209

Frías, A. y Palomino, P.A. (2006). Promoción de la salud. En Frías Osuna A. *Salud Pública y Educación para la Salud* (pp. 49-57). Barcelona: Masson.

Fries, J.F., Koop, C.E., Beadle, C.E., Cooper, P.P., England, M.J., Greaes, R.F. et al. (1993). Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 329(5), 321–325.

Gabarrón, L.R. & Hernández, L. (1994). Investigación participativa. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gallardo Pino, C. & Otero Puime, A. (2005). Diagnóstico de salud. En Hernández Aguado, I., Gil de Miguel, A., Delgado Rodríguez, M. & Bolumar Montrull, F. Manual de Epidemiología y Salud Pública para licenciatura y diplomatura en Ciencias de la Salud. Madrid. Editorial Médico Panamericana.

Gálvez Toro, A. (2001). Producción científica de la enfermería española en Atención Primaria. *Metas de enfermería*, IV (34), 24-30.

García Padilla, F.Mª. & González Rodríguez, A. (2017). Los servicios de cafetería y la promoción de la salud en el entorno escolar. *Atención Primaria,*

García Suso, A., Vera Cortés, M. & Campos Osaba, A. (2000) *Enfermería Comunitaria: Bases Teóricas*. Madrid. DAE, p. 132.

Garrido Torrecillas, F.J. (coord.) (2014) Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Recuperado en Diciembre de 2014: http://si.easp.es/psiaa/

Garrote Garrote, A. & Del Cojo Arroyo, T. (2011). La educación grupal para la salud. Reto o realidad. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Geiger, H.J. (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health,* 92, 1713-1716.

Germán Bes, C. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Tesis Doctoral. 2007: Publicaciones Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Recuperado en 2012 de: http://zaguan.unizar.es/record/4470.

Gervás, J., Pérez Fernández, M., Palomo Cobos, L., Pastor Sánchez, R. (2005). Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Recuperado en 2005 de: http//www.msc.es

Gil Nebot, Mª.A., Estrada Ballesteros, C., Pires Alcalde, Mª.L. & Aguirre Martín-Gil, R. (2002). La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública,76*(5), 451-459.

Giraldo Mora, C.V. & Arango Rojas, M.E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería, 27*(2), 191-200.

Goerg, D., Fischerr, W., Zbinden, E. & Guimón, J. (2004). Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los trastornos psiquiátricos. The *European Journal of psychiatry, 18*(4), 225-234.

Gofín, J., Gofín, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública,* 21(2/3), 177-185.

Gofín, J., Montaner Gomis, I., Foz Gil, G. (2008). Metodología de la atención primaria orientada a la comunidad (APOC). Elementos para su práctica. *Revista electrónica*

en atención primaria, 16. Recuperado en 2012 de: http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=05

Gomes, A.M.T. & De Oliveira, D.C. (2005). A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: Um estudo de representaçôes sociais. *Revista latino-americana Enfermagem, 13*(6), 1011-1018. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.eerp.usp.br//rlae.

Gomes, A.M.T. & De Oliveira, D.C. (2005). A representaçâo social da autonomía profissional do enfermeiro na saúde pública. *Revista Brasileira de Enfermagem, 58*(4), 393-398.

Gomes, A.M.T. & De Oliveira, D.C. (2005). The social representation of nursing consultation: importance, ambiguity and challenges. *Revista Mineira de Enfermagem, 9*(2), 109-115.

Gomes, A.M.T., De Oliveira, D.C. & Marqués, S.C. (2004). A representaçâo sociais do trabalho do enfermeiro na programaçao em saúde. *Psicología. Teoría y Práctica, 6*(nº especial), 79-90.

Gomes, K.O., Cotta, R.M.M., Araújo, R.M.A., Cherchigila, M.L. & Martins, T.C.P. (2011). Atençâo Primária à Saúde –a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representaçôes sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciëncia & Saúde Colectiva, 16*(Supl.1), 881-892.

Gomes, L.O.S. & Aguiar, M.G.G.(2006). Programa de saúde da familia: um espaço para reconstruçâo das representaçôes sociais do proceso saúde-doença. *Revista Brasileira de enfermagem, 59*(5), 614-619.

Gomes, V.L.O. & Mendes, F.R.P. (2009). Representaçôes de adolescents luso-brasileiros acerca do conceito de risco: subsidios para a atuaçâo de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem, 11*(3), 688-694. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a29.htm.

Gómez Duarte, I. (2013). Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud. Tesis doctoral. Universidad Rey Juan Carlos.

Gómez López, L.I., Sangrador Arenas, A. (1995) Programa docente de la especialidad médica de medicina preventiva. *Revista de Sanidad e Higiene Pública,* 69(1), 1-3.

Gómezjara, F. (1996). Técnicas de desarrollo comunitario. México, DF. Fontamara.

González de Haro, M.D. (2006). La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. Lección Magistral Curso Académico 2006-2007. Servicio de publicaciones de la Universidad de Huelva.

González Rey, F.L. (2007) Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información. México, D.F.: McGraw Hill Interamericana.

González Rodríguez, A., García Padilla, FMª, Martos Cerezuela, I., Silvano Arranz, A., Fernández Lao, I. (2015). Proyecto ANDALIES: consumo, oferta y promoción de la alimentación saludable en los centros de educación secundaria de Andalucía. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1853-1862.

González Soriano, M., Risco Otaolaurruchi, C., Freixas Pascual M.J. (1997). Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enfermería Clínica*, 7(5), 217-255.

Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millán E, & cols. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07.

Guasch, O. (1997). Observación Participante. Cuadernos metodológicos, nº 20. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. (CIS).

Guerreiro, M.R. & Curado, M.A. (2012). Pinchar… ¡HACE DAÑO! Representaciones del dolor en el niño, en edad escolar, sometido a punción venosa. *Enfermería Global;* 11(1):58-74.

Guillam, S., Schamroth, A. (2002). The community-oriented primary care experience in United Kingdom. *Americam Journal of Public Health*, 92, 1721-1725.

Gutiérrez Jordá, M., Azpeitia Serón, Mª.E., Vergara Mitxeltorena, I. (2004) Actuar con la comunidad… ¿una asignatura pendiente en Osakitdetza? *Comunidad*, nº 7. Recuperado en 2014 de:http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/noticias_recursos_actuar-comunidad.pdf

Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.

Henao Henao, S. (2010). *Representaciones sociales del consumo de "drogas" y de las intervenciones respectivas en un contexto local: la universidad de Antioquia en Medellin, Colombia* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. España.

Henry, SG. (2011). The tyranny of reality. *JAMA,* 30(4), 338-339.

Hernández Díaz, J., Paredes Carbonell, J.J., Maríns Torrens, R.Mª. (2013). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria*. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.006

Herzlich, C.L. (1969). Santé et Maladie (Analyse dùne Representation socials). París: Mounton.

Herzlich, C.L. & Pierret, J. (1984). Maldes d`Hier, malades d`Aujourd`hui. París: Payot.

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hosking J, Macmillan A, Connor J, Bullen C, Ameratunga S. Planes de viaje institucional para la mejora de la salud (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 3 Art no. CD005575. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Howarth, C.S. (2001). Towards a social psychology of commnunity: a social representations perspective. *Journal for the theory of social behavior, 31*(2), 223-238.

Howarth, C.S. (2002) Identity in whose eyes? The role of representations in identity construction. *Journal of the Theory of Social Behaviour, 32*(2), 145-162.

Howarth, C.S., Foster, J & Dorrer, N. (2004). Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research - and vice versa?. *Journal of Health Psychology,* 9(2), 229-243. Doi: 10.1177/1359105304040889.

Hueso Navarro, F. (2014). Factores de desarrollo en la enfermería comunitaria española en los últimos 25 años. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. Repositorio de la Universidad de Zaragoza-Zaguan. http://zaguan.unizar.es

Ibañez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendal.

Ibañez, T. (1994). La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. En Montero, M. (Ed.). *Conocimiento, realidad e ideología.* (p. 37- 48). Caracas: AVEPSO.

Infantes Rodríguez, JA., Solano Villarrubia, C. (2010). El consejo de salud de barrio como eje de la participación comunitaria. Evidencia de resultados. *Comunidad,* 12(1),

23-27. Recuperado en 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/experiencia_3.pdf

Instituto de Información Sanitaria (2010). Cartera de servicios de atención primaria: desarrollo, organización, usos y contenidos. Madrid. Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Instituto Nacional de Salud (ed.) (2001). Cartera de Servicios de Atención Primaria: Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas (4ª edición). Madrid. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa.

Íniguez-Rueda, L., Sánchez-Candamio, M., Sanz, J., Elías, A., Fusté, J. (2008). Incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña. *Medicina Clínica,*131(supl.4), 9-15.

Irigoyen Sánchez-Robles, J. (2004). Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad,* 7(1), 73-79. Recuperado en 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/documentos_perspectiva.pdf

Irigoyen, J. (1994). Participación comunitaria en salud. Una reformulación necesaria. En Aranda Regules, J.M *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

Jackson NW, Howes FS, Gupta S, Doyle JL, Waters E. Políticas de intervención implementadas por instituciones deportivas para la promoción de cambios de hábitos saludables (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Jaspars, J. & Hewstone, M. (1988). La teoría de la atribución. En Moscovici, S. (Ed.) *Psicología social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. (p. 415-438). Barcelona: Editorial Paidós.

Jiménez Hernández, D. et. al. (2011) Plan andaluz de atención al Ictus 2011-2014. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_ictus/Plan_ICTUS_16_03_2011.pdf

Jodelet, D. (1983). Civils et Bredins: Representations sociales de la Maladie Mentale et Rapport à la Folie. Tesis doctoral. Universidad de París.

Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (Ed.) *Psicología social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (p. 469-494). Barcelona: Editorial Paidós.

Jorge Bessa, M.S., Ramírez Alves, A.R., Lopes Freitas, C.H.A., Queiroz Oliveira, M.V. & Bastos Barreto, V. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 42*(1), 135-142.

Judge, K. & Bauld, L. (2001). Strong theory, flexible methods: evaluating complex community-based initiatives. *Critical Public Health*, 11(1), 19-38. Recuperado en diciembre de 2015 de: http://www.be-causehealth.be/media/49764/3778%20Judge%20Bould.pdf

Jung, C.G. (1910). El método de asociación. *American Journal of Psychology,* 31, 219-269.

Junta de Andalucía (ed.) (2009). GUIA Forma Joven: Una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía (1ª reimp.). Sevilla. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/guia_forma_joven2009.pdf

Kark, S. & Abramson, J.H. (1993). Proceso de desarrollo de una práctica de APOC. En Kark, S.L., Kark, E., Abramson, JH. Gofín, J. *Atención Primaria orientada a la comunidad.* (p. 27-38). Barcelona. Ediciones Doyma.

Kvale, S. (1996). Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interview. London: SAGE.

Ker Katharine, Chinnock Paul. Intervenciones para la prevención de lesiones en ambientes donde se expende alcohol (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Kisnerman, N. (1984). Teoría y práctica del trabajo social: Comunidad. Buenos Aires. Editorial Humanitas.

Kozinets, RV. (2002). The field behind the screen: using netnography for marketing research in online communities. *Journal of Marketing Research*, 39(1), 61-72

Krause Jacon, M. (1999). Representaciones sociales y psicología comunitaria. *Psykhe, 8*, 41-47.

Kristjansson EA, Robinson V, Petticrew M, MacDonald B, Krasevec J, Janzen L, Greenhalgh T, Wells G, MacGowan J, Farmer A, Shea BJ, Mayhew A, Tugwell P. Provisión escolar de comidas para mejorar la salud física y psicosocial de niños de escuelas primarias en estado de pobreza (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

Latorre, A. (2003). La investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa. Barcelona. Editorial Grao.

León Canelón, M.I. (1997). *Representaciones sociales de la enfermedad de chagas: creencias, actitudes y prevención* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco. España.

León, O.G. & Montero, I. (2015). Métodos de investigación en psicología y educación. Las tradiciones cuantitativa y cualitativa. (4ª edición). Madrid. McGrawHill Education.

Leppo, K. & Ollila, E. (2013). Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Finland, Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Lesley D Gillespie, M Clare Robertson, William J Gillespie, Sarah E Lamb, Simon Gates, Robert G Cumming, Brian H Rowe. Intervenciones para la prevención de caídas en personas de edad avanzada que residen en la comunidad (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD007146. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Leyte MG. (2008). El nuevo médico. La inaplazable reforma de la formación de los profesionales de la salud. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria,* 22(Supl. 1), 37-42.

Light, D., Keller, S. & Calhoum, C. (1991). Sociología (5ª edición). Colombia. Editorial McGraw-Hill.

Lima Serrano, M. (2013). *Evaluación de la implantación y del efecto del programa Forma Joven sobre actitudes y comportamientos del alumnado de cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria en Sevilla, España.* (Tesis doctoral con mención internacional). Universidad de Sevilla.

López LM, Hiller JE, Grimes DA. Educación de las mujeres después del parto en el uso de los anticonceptivos (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD001863. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

López Díaz, J. & Silva López R. (coord.) (2008). Plan Andaluz de Salud Ambiental 2008-2012. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_salud_ambiental/05anexos_ambiental.pdf

López Martín, M., Pascual Díaz, M., De la Puente Chamorro, M.J., La llave Rojo, P., Illescas Sánchez, ML., Girbés Fontana, M. (2008). ¿Es posible la participación comunitaria en los centros de salud? Experiencia de cuatro centros de salud del Área 9 de Madrid. *Comunidad,* 8(1), 19-28. Recuperado en 2015 de: http://www.pacap.net/es/premios/IX-1.pdf

López Santiago, A. (2004). Una oportunidad para mejorar la atención primaria. *Comunidad*, nº 7, 5-10. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/editorial.pdf

López Torrent, E., Forcada Vega, C., Miller, F., Pasarín Rua, M.I., Foz Gil, G., & o. (2010). Factores que facilitan y dificultad el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 42(4), 218-225.

López-Barajas Zayas, E. (coord.) (1999). Observación Participante. Madrid. UNED

Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impacto de la publicidad y la promoción del tabaco sobre el aumento del hábito de fumar en los adolescentes (Revisión Cochrane

traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Luttikhuis HO, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. Intervenciones para tratar la obesidad infantil (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD001872. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Lyons RA, John A, Brophy S, Jones SJ, Johansen A, Kemp A, Lannon S, Patterson J, Rolfe B, Sander LV, Weightman A Modificación del ambiente doméstico para la disminución de lesiones (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

March, S. & Ramos, M. (2006). Propuesta de investigación: Participación de los equipos de Atención Primaria en iniciativas comunitarias. *Comunidad* nº 9. Recuperado en Mayo 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/9/noticias-recursos-5.pdf

March, S., Jordán Martín, M., Montaner Gomis, I., Benedé Azagra, C.B., Elizalde Soto, L., Ramos, M. y cols. (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gaceta Sanitaria,* 28(4), 267-273.

March, S., Ramos, M., Soler, M., Ruíz-Jiménez J.L., Miller, F., Domínguez, J. & cols. (2011). Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 43(6), 289-296.

March, S., Ripoll, J., Ruíz-Giménez, J.L., Montaner Gomis, I., Benedé Azagra, C.B., Elizalde Soto, L. & cols. (2012). Observational study on factors related to health-promoting community activity development in primary care (frAC Project): a study protocol. *British Medical Journal Open.* Doi: 10.1136/bmjopen-2012-001287

Marchioni, M. (1987). Planificación y organización de la comunidad. Madrid. Editorial Popular.

Marchioni, M. (2009). Dossier de formación <<intervención comunitaria>>. Documento electrónico del Instituto Marco Marchioni. Recuperado en abril de 2015 de: http://marianaotecor.cat/wp-conten/uploads/2014/03/Dossier-Formación_MM.pdf.

Marchioni, M. (cood.) (2001). Comunidad y cambio social: teoría y praxis de la acción comunitaria. Madrid. Editorial Popular.

Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Páez, D. & Blanco, A. *La teoría sociocultural y la psicología social actual.* (p. 163-182). Madrid: Aprendizaje.

Martín Cantera, C. (2003). Información sobre actividades comunitarias en internet; la web del grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad. *Comunidad,* nº 6. Recuperado en mayo de 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/noticias_recursos_actividades.pdf

Martín García, M., Ponte Mittelbrunb, C. & Sánchez Bayle M. (2006) Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta. Sanitaria*, 20 (Supl. 1), 192-202.

Martínez Cía, N., Santana Miranda, A. (2005). Abriendo puertas. La promoción de la salud desde un proceso de intervención y participación comunitaria. *Comunidad,* nº 8, 8-18. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/Experiencias-4.pdf

Martínez González, J.M. (2006). *Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. España

Martínez Rubio A. (coord.) (2007). Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad_infantil.pdf

Martorell Poveda, Mª.A. (2009). *Los recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con alzheimer* (Tesis doctoral). Universidad Roviri y Virgili. Tarragona. España.

Mateo Rodríguez, I., García-Cubillana de la Cruz, P. & Conde Gil de Montes, P. (coord.) (2011). Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Recuperado en Marzo de 2015:http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/158/GRUSE_MANUAL_v4.pdf

Matute, S., Gil, M., Aragón, R. & García, Y. (1999). La percepción de la salud en función de las diferencias sexuales. *Revista de Trabajo Social, 156*, 46-60.

Maureen Dobbins, Kara De Corby , Paula Robeson , Heather Husson, Daiva Tirilis. Programas escolares de actividad física para promover la actividad física y el buen estado físico en niños y adolescentes de entre seis y 18 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD007651. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.).

Maynar Mariño, I. & González Conde, G. (2012). Participación y asociacionismo, taller de reflexión para la sostenibilidad del Proyecto Progreso. Zona de salud El Progreso. Badajoz. *Comunidad,* 14(2), 170-171. Recuperado en 2012 de: http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2013/07/Recursos.pdf

Maynar Mariño, I. Nieto Ramírez, R.., Montero de Espinosa Pérez, P., Madueño García, Mª.A., Fernández Pérez, Mª.D., Maynar Mariño, Mª.A. (2010). Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud. *Comunidad,* nº 12, 12-17. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/experiencia_1.pdf

McCloskey, DJ., McDonald, MA., Cook, J., Heurtin-Roberts, S., Updergrove, S., Sampson, D. & cols. (2011). Vinculación Comunitaria: definiciones y conceptos de organización provenientes de la literature. En Comité de Función Clave de Vinculación Comunitaria (CTSA). *Principios de Vinculación Comunitaria* (2ª edición). Clinical and Translational Science Awards Consortium.

McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Meira, S. & Arcoverde, M.A.M. (2010). Representaçôes sociais dos enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz Do Iguaçu, PR, sobre o

alcoholismo. *Revista electrónica Saúde Mental Álcool e Drogas, 6*(1), 1-15. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.eerp.usp.br/resmad.

Melguizo Jiménez, M., Cámara González, C., Martínez Pérez, J.A. López Santiago, A. MEPSyD & MSC (2008). Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Madrid. Ministerio de educación, política social y deporte (MEPSyD) y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).

Mesa Cruz, P. (coord.) (2005) Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf

Miller, RL. & Shinn, M. (2005). Learning from communities: overcoming difficulties in dissemination of prevention and promotion efforts. *American Journal of Community Psychology,* 35(3-4), 169-183.

Minckler, M & Wallerstein H. (2009). Community- based participatory research for health: from process to outcomes. *Health promotion practice,* 10(3), 317-318.

Minkler, M. & Pies, C. (1997). Ethical Issues in community organization and community participation. En Minkler M. (ed.) Community organizing and community building for health (1ª edición). Piscataway. Universidad de Rutgers.

Miranda Fernández, O. (2011). Proceso Comunitario de la Margen Derecha del Guadiana-Badajoz. «Del Diagnóstico a la Programación Comunitaria. *Comunidad,* nº 13, 31-33. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/pacap/numeros-anteriores/

Montaner Gomis, I. (2000). Análisis de la situación de salud de una comunidad. Módulo de formación continuada en atención a la comunidad. Barcelona. SemFYC-Semergen.

Montaner, I. & Roig, A. (2006). El Carmel: una experiencia en salud comunitaria. Comunidad, nº 9, 8-12. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/9/experiencias-1.pdf

Moñivas, A. (1994). Epistemología y representaciones sociales: Concepto y teoría. *Revista de Psicología general y aplicada, 47*(4), 409-419.

Mora Ríos, J., Flores Palacios, F., Alba González, M. & Marroquín Sandoval, M. (2003) Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. *Salud Mental,26* (5), 51-60.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital* nº2, otoño. Recuperado el 23 de abril de 2012

de:http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:atheneadigital.org:article/55&oai_iden=oai_revista52

Morales Asencio, J.M., Gonzalo Jiménez, E., Martín Santos, F.J. & Morilla Herrera, J.C. (2008). Salud Pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Revista Española de Salud Pública,* 82(1), 5-20

Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology, 45*, 817–838.

Moreno Marin, J. (1997). *Investigación sobre la práctica de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria del país Valencia*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

Moreno R, Nababan H, Ota E, Wariki W, Ezoe S, Gilmour S, Shibuya K. Intervenciones estructurales y comunitarias para aumentar el uso de preservativos en la prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363

Morgan, A. (2014). Revisar el Modelo de los Activos. Aclaración de ideas y términos. *Global Health Promotion,* 21(2), 91-94. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://ped.sagepub.com/content/21/2/91.full.pdf+html.

Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalisisng the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education,* 14 (2 suppl), 17-22. Recuperado en noviembre de 2015 de :
http://ped.sagepub.com/content/14/2_suppl/17.full.pdf+html

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul. [original publicado en 1961].

Moscovici, S. (1981). *La era de las multitudes. Un tratado histórico de psicología de masas.* México: Fondo de cultura económica.

Moscovici, S. (1984). El campo de la psicología social. En Moscovici S. (Ed.). *La psicología social I: Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos.* Barcelona: Paidós..

Moscovici, S. (1988). *Psicología social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. (1ªreimpresión de la 1ªedición). Barcelona: Editorial Paidós.

Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux representations sociales: elements pour une histoire. En Jodelet, D. (editora) *Les Répresentations Scoailes*. París: PUF.

Moscovici, S. (1991). La psicología social I. Barcelona: Paidós.

Moscovici, S. (2003). Notas hacia una descripción de la representación social. *Revista Internacional de Psicología Social,*1(2), enero-junio, 67-118 [original publicado en 1988 en *European Journal of Social Psychology*, Vol.18, 211-250.].

Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C. & Varela, A. (2001). Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health policy and planning, 16*(suppl.2), 52-60.

Müller, F.S. & Silva, I.A. (2009). Las representaciones socials de un grupo de mujeres/amamantadoras sobre el apoyo a la lactancia materna. *Revista latino-americana Enfermagem, 17*(5), 1-8. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.eerp.usp.br/rlae.

Murray, M., Pullman, D. & Heathrodgers, T. (2003). Social representations of health And illness among "babyboomers" in eastern Canada. *Journal of health psychology, 8*(5), 485-499.

Naghieh A, Montgomery P, Bonell C, Thompson M, Aber J. Intervenciones institucionales para mejorar el bienestar y reducir el estrés laboral de docentes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 4. Art. No.: CD010306. DOI: 10.1002/14651858.CD010306

NICE (2008). Community engagement to improve health. London, Nice public health guidance 9. Recuperado en 2013 de: http://www.nice.org.uk/nicemedi/pdf/PH009uidance.pdf.

Nieto Ramírez, R., Abaurrea Ortíz, Mª.P., Maynar Mariño, I., Fernández López, Mª.D., Maynar Marino, Mª.A., Aguilar Vázquez, M. y cols. (2006). Análisis de la situación de salud zona de salud "El Progreso". Recuperado en 2011 de: http://proyectoelprogreso.blogspot.com.es/

Ogata, M.N., Machado, M.L.T. & Catoia, E.A. (2009).Saúde da familia como estratégia para mudança do modelo de atençâo: representaçôes sociais dos usuários. *Revista electrónica de enfermagem, 11*(4), 820-829. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/04/v1104a07.htm.

Olavarría Govantes, L. et. al. (2007) Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad 2007-2012. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de

2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c__planes_estrategias/plan_accidentabilidad/plan_accidentabilidad.pdf

Oliva Delgado, A., Hidalgo García, V., Martín Fernández, V., Parra Jiménez, A., Ríos Bermúdez, M. & Vallejo Orellana, R. (2007) Programa de apoyo a Padres y Madres de adolescentes. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/programa_madres_padres_adolescentes

Ollero Baturone, M., Sanz Amores, R. & Padilla Marín C. (Coord.) (2012). Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de2015: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf

Organización Mundial de la Salud (1974). Enfermería y salud de la comunidad. Serie de Informes Técnicos nº 558. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1978) Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Serie Salud para todos, nº 1.

Organización Mundial de la Salud (1988). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Organización Mundial de la Salud (1991). Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. 3ª Conferencia Mundial de Promoción de Salud, 9-15 de junio de 1991 en Sundsvall – Suecia. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 4ª Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Recuperado en diciembre de 2014 de:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm

Organización Mundial de la Salud (1998). Salud 21: Introducción a la Salud para Todos en el siglo XXI. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud (1998). Salud para Todos en el Siglo XXI. Madrid: Ministerio de salud y consumo.

Organización Mundial de la Salud (2000). 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). Actuando Unidos Para la Salud. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/

Organización Mundial de la Salud (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 6ª Conferencia Internacional de Promoción de Salud en Bangok. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra. OMS

Organización Mundial de la Salud (2009). 7ª Conferencia Internacional de Promoción de Salud, Nairobi, Kenya, del 26 al 30 de Octubre. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Health2020: The European policy for health and wellbeing. Copenhagen. OMS. Recuperado en noviembre de 2015 de: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020.

Organización Mundial de la Salud (2013). Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida. Ginebra. Recuperado en agosto de 2016 de: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado en enero de 2016 de: http://www.un.org/es/documents/udhr/

Organización Panamericana de la Salud (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC. OPS.

PACAP (2001) Criterios de valoración de las actividades comunitarias. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/4/noticias_recursos%20_criterios.pdf

Padilha, M.I.C., Silva, D.M.G. & Coelho, M.S. (2007) Theoretical-methodological aspects of social representations and their use in nursing. *Online Brazilian Journal of Nursing,6*(2), 1-8.

Páez, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. En Páez D. y et. al. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social* (p.297-317). Madrid: Editorial Fundamentos.

Paniagua Urbano, D., Pérula de Torres, L.A., Ruíz del Moral, R., Gavilán Moral, E. (2010). Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Atención Primaria,* 42(10), 514-519.

Paredes-Carbonell, J.J., Aviñó, D., Peiró, R., Bosch, C., Ramos, I., Palop, V. & cols. (2011). Projecte RIU: un riu de cultures**,** un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables. *Comunidad,* nº 13, 34-37. Recuperado en abril de 2011 de: http://www.pacap.net/pacap/numeros-anteriores/

Parra Ramírez, G. & García Castro, L.I. (2008). Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. *Hacia la promoción de la salud, 13*(ene-dic), 121-130.

Parrilla Valero, F. (2009). En busca del origen de los farmacéuticos titulares. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 72–75

Pasarín Rua, Mª.I., Miller, R., Segura Benedicto, A. (2008). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Comunidad*, 40(3), 115-117.

Pasarín, Mª.I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J.L.& Gofin, J. (2010). Salud Comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. G*aceta* Sanitaria, 24(Supl. 1), 23-27.

Pascua Martínez, M. (1933). La Sanidad en la República. Dos años de gestión. Madrid. Ministerio de la Gobernación.

Pattom, M.Q. (2002). Qualitative research & evaluation methods. (3ª edición). London. Thousand Oaks: Sage.

Peinado Herreros, JMª (coord.) (2005). Libro blanco Título de Grado de Medicina. Madrid. Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (ANECA).

Pelcastre Villafuerte, B., Garrido Latorre, F. & De León reyes, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México, 43*(5), 408-414.

Pereda, C. & De Prada, M.A. (2014). Investigación-acción-participativa y perspectiva dialéctica. *Arxius*, 31(desembre), 57-68.

Pereira da Sá, C. (1998). A construçao do objeto de pesquisa em representaçoes sociais. Río de Janeiro: Ed. UERJ.

Pereira, M. A.O., Barbieri, L., Praciano de Paula, V. & Paschoalato Franco, M. (2007). Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(4), 567-572.

Peres, D.S., Francos, L.J. & Dos Santos, M.A. (2008). Representaçôes de saúde em mulheres com diabetes tipo 2. *Ciéncia, Cuidado &Saúde, 7*(3), 295-303

Pérez, J. & Merino, M. (2012) Concepto de población Publicado: 2008. Actualizado:

2012. Recuperado en Junio 2015 de: Definición de: http://definicion.de/poblacion

Pérez Hernández, R.M., Gala Fernández, B., López Alonso, S.R., Reina Jiménez, M., Rodríguez Gómez, S. & Lácida Baro, M. (2007). CUIDARTE. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_accidentabilidad/plan_accidentabilidad.pdf

Pérez Jarauta, Mª J.& Echauri Ozcoidi, M. (1998) Instrumentos de la promoción de la salud. *Dimensión Humana*, 2(5), 35-44

Pérez Jarauta, Mª.J., Echauri Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E., Chocarro San Martín, J. (2006). Manual de educación para la salud. Navarra. Gobierno de Navarra.

Pérez Pérez, I., Morón Marchena, J.A. (2015) La participación comunitaria como modelo de intervención en educación para la salud. En Morón Marchena, J.A. (coord.) *Investigar e intervenir en Educación para la Salud*, p. 45-59. Madrid. Narcea, S.A. Ediciones.

Pérez-Vico-Díaz de Rada, L., Sánchez-Gómez, M.B., Duarte-Clíments, G. Brito-Brito, R. & Rufino-Delgado, T. (2013) Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. ENE Revista de Enfermería, 7(2): p. 1-24. Recuperado en Marzo de 2014 de: http://www.google.es/url?url=http://www.researchgate.net/profile/Maria_Sanchez-Gomez/publication/263854555_Competencias_enfermeras_de_la_especialidad_de_Enfermera_Familiar_y_Comunitaria_una_revisin_sistemtica/links/54523dd70cf24884d887a378.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=Ni7_VKqTLYOuUeOsgHA&ved=0CBkQFjAB&sig2=bBy6nGq7wfB3-PA5tDD9cA&usg=AFQjCNGg70laaFLSLhhzEQQBmHKFkzGl2w

Pérula de Torres, L.A., Iglesias-Rodal, M., Bauza-Nicolay, K., Estévez-Muñoz, J.C., Alonso-Arias, S., Martín-Carrillo, P. & cols. (2005). Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas recomendadas por el PAPPS en la población adulta. *Atención Primaria*, 36(Supl. 2), 5-10

Pérula, L.A., Lahoz, B., Llergo, A. Pérula C.J., Adame, M.V. (2001) ¿Siguen los profesionales de atención primaria de los centros de salud andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el PAPPS?. *Medicina de Familia*, 32, 5-14.

Petersen, I., Mason, A., Bhana, A., Bell, C.C. & Mckay, M. (2006). Mediating Social Representations Using a Cartoon Narrative in the Context of HIV/AIDS The AmaQhawe Family Project in South Africa. *Journal Health Psychology, Vol.11*(2), 197-208. Recuperado en abril de 2012 de: http://hpq.sagepub.com/content/11/2/197.

Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Intervención familiar para la esquizofrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 12. Art. No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088

Pineault, R. & Daveluy, C. (1989). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y Estrategias. (2ª edición). Barcelona. Masson SG.

Polaino-Lorente, A. (1987). Educación para la salud. Barcelona. Herder.

Prada Gómez, G.E., Magaly Gamboa, E. & Jaime García, M.L. (2006). Representaciones sociales sobre alimentación saludable en población vulnerable. Bucaramanga, Santander. Colombia. *Salud UIS, 38*, 181-188.

Prieto Orzanco, A. (coord.) (2007). Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pujol G. & Úbeda I. (2000) La comunidad y la salud comunitaria. En Caja López C. & López Pisa, RMª. *Enfermería Comunitaria: Educación Sanitaria.* (p. 77-85) Barcelona. Masson.

Quiroga, R. (2008). La red social «A pie de Barrio»**.** Una experiencia innovadora que actúa en claves distintas a las imperantes. *Comunidad,* nº 10, 15-23. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/experiencias-2.pdf

Ramos Calero, E. (2000) Diagnóstico de salud de la comunidad: métodos y técnicas. En Ramos Calero E. *Enfermería Comunitaria. Métodos y Técnicas*. Madrid. DAE.

Ramos Morcillo, A.J., Ruzafa-Martínez, M., Fernández Salazar, S., Del Pino-Casado, R., Armero Barranco, D. (2014). Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Atención Primaria* 46(9), 483-491.

Ramos-Argüelles González, I., Gutiérrez García, J.J., Pérez Riquelme, F. Martínez Moreno, F. Lozano Polo, A. & Gutiérrez Sánchez, M. (2010). Necesidades y problemas para el desarrollo de la educación para la salud en atención primaria de salud. Serie Educación para la Salud, Informe nº 61. Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública.

Rebollar Sánchez, M.A. (2005). Indagaciones en torno al conocimiento científico de la vida cotidiana. En Rebollar, M. A. (Eds.), *Intervención Comunitaria* (pp.17-34). Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas.

Regato Pajares, P. (1998). Concepto, modelos y aspectos controvertidos en promoción de la salud. *Dimensión Humana* 2(5), 29-34

Regato Pajares, P., Domínguez Bidagor, J. & Sancho Castiello, M. (2009). Coordinación socio-sanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria. En: Navarro, V., Martín-Zurro, A. (Coords.) (2009). *Proyecto de Investigación: La atención*

primaria de salud en España y sus Comunidades Autónomas. (p. 149-167). Barcelona: semFIC Ediciones.

Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, Lester H. Enfoques de atención colaborativa para pacientes con enfermedades mentales graves. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 11. Art. No.: CD009531. DOI: 10.1002/14651858.CD009531

Reis, C.B. & Andrade, S.M.O. (2008). Representaçâo social do trabalho em equipe na atençâo à mulher sob a ótica da enfermeira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12*(1), 50-56.

representaciones sociales (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. España.

Requejo Osorio, A. (1998). La observación participante: su teoría y su práctica para la formación de educadores sociales. En López-Barajas Zayas, E. (coord.). *Observación Participante*. (p. 91-112). Madrid. UNED

Rheingold, H. (2000). The virtual community: homesteading on the electronic frontier. Cambrigde. Massachusetts Institute of Technology.

Ribas, C.R.P., Dos Santos, M.A., Teixeira, C.R.S. & Zanetti, M.L. (2009). Expectativas de mulheres com diabetes em relaçâo a um program de educaçâo em saúde. *Revista Enfermagem UERJ, 17*(2), 203-208.

Ridings, CM., Gefen, D. & Arinza, B. (2002). Some antecedents and effects of trust in virtual communities. *Journal of Strategic Information Systems,* 11(3-4), 271-295.

Rosch, E. (1992). Teoría de prototipos. En Wikipedia, Recuperado el 9 de mayo de 2015 de: http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_prototipos

Ródenas Picardat, S. (2014). Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. Recuperado en Noviembre de 2015 de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5837/1/ALT_04_14.pdf

Rodríguez Salazar, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones,24*(93), 51-80.

Rodríguez Villasante, T. (1998). Del desarrollo local a las redes para mejor vivir. Buenos Aires. Editorial Lumes.

Rodríguez, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En Rodríguez, T & García, M. (Eds.). *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (p.157-188). Ciudad de México: Editorial Universidad de Guadalajara.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. & García Jiménez, E. (1999).Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.

Romero Sánchez, E. (2008). Análisis pedagógico del plan de formación individual del residente de medicina familiar y comunitaria. Tesis doctoral, Universidad de Murcia. Recuperado en Abril de 2015 de: http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/2051

Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08

Ruíz Giménez, JL (2014) Entrevista a Juan Luis Ruíz-Giménez. *Revista Comunidad, 16* (1), p. 1-2: Recuperado en Abril de 2015 de: http://comunidadsemfyc.es/entrevista-a-juan-luis-ruiz-gimenez/

Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. & Domínguez Bidagor, J. (2006). Reflexiones sobre <<lo comunitario>> en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria,* 38(8), 421-424

Rummler, G. (2007). Fontes teóricas sobre representaçôes sociais: um perfil bibliométrico de textos citados em periódicos científicos nacionais da área de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação,11*(23), 637-646

Rummler, G. & Spínola, A.W. (2005) Tendências temático-profissionais da pesquis brasileira com representaçôes sociais em Saúde. *O Mundo da Saúde, 29*(2), 129-134.

Sáenz Berbejillo, A. (2008). Práctica, transformación social y acto cooperativo. La práctica ProCC: el rigor en la diversidad de la intervención. Taller Internacional de Metodología ProCC Y III Taller Nacional de Coordinadores de Grupo Formativo. La Habana. Cuba. Recuperado en 2012 de: www.procc.org

Sagués Amadó, A. et. al. (2007) Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010. Sevilla. Consejería de Salud y Consejería de Igualdad y Bienestar social. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015:

Salas, D. & Cuevas, D. (2010). La salud pública en el diseño de actividades preventivas poblaciones en el sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria,* 24(Suppl 1.), 28-32.

Salazar Agulló, M. & Martínez Marco, E.A. (2000) La familia y la comunidad como unidades de atención. En Sánchez Moreno, A., et. al. *Enfermería comunitaria: Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. (p.105-117) Madrid. McGraw-Hill interamericana.

Saldaña, J. (2009) The Coding Manual for Qualitative Researchers. Londres, Sage.<

Salleras, L. (1985). Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones. Madrid. Editorial Díaz de Santos.

San Juan Guillén, C. (1992) *Representaciones sociales del sida: discursos y sesgos cognitivos* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco. España.

San Martín, H. & Pastor, V. (1984). Salud Comunitaria: teoría y práctica. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

Sánchez García, A. & Merelles Tormo, T. (1996). Análisis de la situación de salud en una comunidad: una propuesta de investigación acción participativa. En Mazarrasa Alvear, L., Germán Bes, C., Sánchez Moreno, A., Sánchez García, AM., Merelles Tomo, T. & Aparicio Ramón, V. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Tomo I. , p. 161-226. Madrid. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.

Sánchez García, AMª. (2000). Estudio comunitario de salud. En Sánchez Moreno y cols. *Enfermería Comunitaria: Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. P. Madrid. McGraw-Hill/interamericana.

Sánchez Martín, M.E. (2003) La entrevista. Técnica de recogida de datos en el análisis de una situación social. Madrid. Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.

Sánchez Moreno, A., Ramos García, E., Marset Campos, P. (1996). Participación comunitaria en salud. En Mazarrasa Alvear, L., Germán Bes, C., Sánchez Moreno, A., Sánchez García, A.M., Merelles Tormo, T., Aparicio Ramón, V. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria.* Vol. 1. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana de España.

Sánchez-Candamio Méndez, M. (1994). *Educacion para la salud en grupo y representaciones sociales* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. España.

Sánchez-Gómez, M.B., Duarte-Clíments, G., Aguirre-Jaime, A., Sierra-López, A., Arias-Rodríguez, A. & De Armas-Felipe J.M. (2012) Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *ENE Revista de Enfermería 6*(2): p. 39-70. Recuperado en marzo de 2014 de:

http://www.google.es/url?url=http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Duarte/publication/230855189_Anlisis_cualitativo_de_las_competencias_para_la_especialidad_de_Enfermera_Familiar_y_Comunitaria._Construyendo_el_camino_hacia_la_enfermera_clnica_avanzada/links/0912f5056f89f4358f000000.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=ti7_VMKRPIq9UafzgZAF&ved=0CCYQFjAC&sig2=1y8Z7u-x_fGv1FYPsKBQ5w&usg=AFQjCNFuWlRMQAXKRcG7GIOObh1SrlDLuw

Sanmartín, R. (2003). Observar, escuchar, comprar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa. Barcelona. Ariel Antropología.

Sawmynaden P, Atherton H, Majeed A, Car J. Correo electrónico para la información sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD007982. DOI: 10.1002/14651858.CD007982

Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Segura, A. (2007). Promoción de la salud y responsabilidad de los profesionales. *Atención Primaria,* 39(6), 289-290.

Sequier, A., Demarteau, M. & Pereira, M. (1994). L'analyse des reprèsantations: un moyen d'évaluer la formation des enseignants enéducation pour la santé. *Promotion & Education, 1*(3), 14-18.

Serrano, M.I. (1990). Educación para la salud y participación comunitaria. Madrid. Editorial Díaz de Santos.

Servicio Andaluz de Salud (2005). Sistema Integral de Gestión Ambiental. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo 2015: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/sigaSAS/sigaSAS.pdf

Servicio Andaluz de Salud (2014). Programa de estancia temporal. Procedimiento para la asistencia sanitaria en los centros del servicio sanitario público de Andalucía. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.as

p?pag=/contenidos/gestioncalidad/gasistencial/../estanciatemp/Recomendaciones_centros_2014.pdf

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (1999). Cartera de Servicios de Atención Primaria 1999. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Atención Primaria y Comunitaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2000). Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2001). Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2001-2004. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2002). Adenda al Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2001-2004. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2003). Adenda al Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2001-2004. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2003). Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2004). Cartera de Servicios de Atención Primaria 2004. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2005). Cartera de Servicios de Atención Primaria 2005. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2005). Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2005-2008. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2005). Plan de Atención a las Cuidadoras familiares de Andalucía. Sevilla. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/planacfamiliares.pdf

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2006). Adenda al Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2005-2008. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2006). Oferta de servicios de Atención Primaria 2006. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2007). Adenda al Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2005-2008. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2007). Oferta de servicios de Atención Primaria 2007. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2008). Adenda al Contrato Programa de Distritos de Atención Primaria 2005-2008. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (ed.) (2008). Oferta de servicios de Atención Primaria 2008. Sevilla. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de programas y desarrollo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Shah A, Blackhall K, Ker K, Patel D. Intervenciones educativas para la prevención de las heridas oculares (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CD006527. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Silva, A.O. (2004). Las representaciones sociales: potencialidades de investigación y utilización de recursos informáticos. Curso del programa de Pos-graduación: Psicología social y enfermagen em Saúde Pública. Vicerrectorado de estudios, doctorado e innovación docente. Universidad de Huelva. (material sin editar)

Simón Lorda, P. & Esteban López, MªS. (Coord.) (2011). Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_2_c_19_bioetica_sspa/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf

Solar, O., Valentine, N., Rice, M. Albrecht, D. (2009) Moving Forward to Equity In Health. What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral

typology. Partnership and Intersectoral Action. Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009. Recuperado en Noviembre de 2015 de: http://www.gchp7.info/resources/downloads/t4.pdf

Soler Torroja, M. (1997). Una apuesta firme y decidida de la semFYC por el desarrollo de actividades comunitarias como estrategia de promoción de salud. *Comunidad* nº 0. Recuperado en mayo de 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/0/presentacion.pdf

Soler Torroja, M. (2004). Plan estratégico de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) para promover actividades comunitarias en los centros de salud. *Comunidad* nº 7. Recuperado en mayo de 2015 de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/documentos_plan-estrategico.pdf

Soler Torroja, M. (2005). Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Atención primaria,* 36(7), 355-357.

Soler Torroja, M. (2011). Inicio del proceso de atención comunitaria y promoción de salud. La experiencia de Molina de Segura. *Comunidad,* nº 13, 20-22. Recuperado en 2011 de: http://www.pacap.net/pacap/numeros-anteriores/

Soler Torroja, M. (2012). Red de Actividades Comunitarias: haciendo visibles las experiencias de muchos centros de salud. *Comunidad,* 14(2), 166. Recuperado en 2012 de: http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2013/07/Recursos.pdf

Soler, M. & March, S. (2012). Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final. Madrid: PACAP, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recuperado en 2012 de: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf

Soneira, A.J. (2006). La <<Teoría fundamentad en los datos>> (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa.* (p.153-173) (1ª edición). Barcelona. Editorial Gedisa.

Souza, M.C.M.R. & Freitas, M.I.F. (2010) Representaciones de profesionales de la atención primaria sobre riesgo ocupacional de infección por el virus HIV. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 18*(4), 1-8. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.eerp.usp.br/rlae.

Sowden AJ , Arblaster L,. Intervenciones en medios de comunicación masivos para prevenir el hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Spink, M.J. (1993). O conceito de representaçâo social na abordagem psicosocial. *Cadernos de Saúde Pública, 9*(3), 300-308.

Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure RJ. El modelo "WHO Safe Communities" ("Comunidades Seguras de la OMS") para la prevención de lesiones en poblaciones totales (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 3 Art no. CD004445. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Stead LF, Lancaster T. Intervenciones para la prevención de la venta de tabaco a menores (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Stephens, C. (2007). Community as practice: Social representations of community and their implications for health promotion. *Journal of community & applied social psychology, 17*(2), 103-114. Doi: 10.1002/casp.884.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. (1ª edición en español). Medellín. Editorial Universidad de Antioquía.

Subías, P.J., Bauzá, J., Casanovas, E., García, J.R., Iglesias, M., Jiménez J., & cols. (2001). Evaluación del PAPPS. *Atención Primaria*, 28(Supl.), 5-12.

Subías, P.J., García-Mata, J.R., Pérula, L.A. (2000). Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de

Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) de la semFYC. *Atención primaria,* 25(2), 383-389.

Tamborero Cao, G., Vidal Thomas, M.C. & March Llull, S. (2011.) Centro y Equipo de salud. Conceptos y ámbitos de actuación. En Martín Zurro, A. y Jodar Solá, G. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Barcelona Elsevier. P. 121-141.

Taylor, K.W., Athens, J.K., Booske, B.C., O`Connor, C.E., Jones, N.R., Remington, P.L. (2008) Wisconsin County health Ranking Full Report. University of Wisconsin Population health Institute.

Teixeira, E.R. & Daher, D.V. (1999). Trablhando com as representaçôes dos sujeitos na educaçâo em saúde. *Texto & contexto enfermagem, 8*(1), 312-325.

The Cochrane Collaboration. Escuela Promotora de la Salud de la OMS para mejorar la salud y el bienestar de los estudiantes y sus logros académicos (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 4. Art. No.: CD008958. DOI: 10.1002/14651858.CD008958

The Cochrane Collaboration. Incentivos para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 10. Art. No.: CD008645. DOI: 10.1002/14651858.CD008645

The Cochrane Collaboration. Intervenciones comunitarias para la prevención del tabaquismo en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291

The Cochrane Collaboration. Intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en jóvenes indígenas (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 8. Art. No.: CD009325. DOI: 10.1002/14651858.CD009325

The Cochrane Collaboration. Políticas escolares para la prevención del hábito de fumar en jóvenes (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 10. Art. No.: CD009990. DOI: 10.1002/14651858.

The Cochrane Collaboration. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 4. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293

The Cochrane Collaboration. Programas familiares para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 2. Art. No.: CD004493. DOI: 10.1002/14651858.CD004493

Thiel, A., Diehl, K., Giel, K.E., Schnell, A., Schubring, A.M., Mayer, J., Zipfel, S. &Schneider, S. (2011). The german young Olympic athletes lifestyle and health management study. *BMC Public Health, 11*, 1-10. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/410

Tones, B.K.(1987). Educación para la Salud: ¿Prevención o Subversión?. En Royal Society Health (3), 114-118. Publicado en España por CAPS.

Torio Durántez J. (2000). Análisis de la situación: Diagnóstico de salud. En Frías Osuna (edit) *Enfermería comunitaria.* Barcelona. Editorial Masson.

Torres López, T.M., Munguía Cortés, J.A., Pozos Radillo, B.E. & Aguilera Velasco, M.A. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria, 42*(3), 154-161.

Tsala, JP (2004) The lift and the stairs--the fight against AIDS in Cameroon. *SAHARA J: Journal Of Social Aspects Of HIV/AIDS Research Alliance,1*(3), 139-56. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.sahara.org.za/journal-articles/the-lift-and-the-stairs-the-fight-against-aids-in-cameroon

Turabian J.L. (1991). Apuntes y esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en salud. Madrid. Díaz de Santos.

Turabian J.L. (1992). Apuntes y esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en salud. Madrid. Díaz de Santos.

Turabian, J.L., Pérez Franco, B. (2007). Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. *Atención Primaria,* 39(5), 261-264.

Turner C, Spinks A, Mcclure R. Nixon J. Intervenciones comunitarias para la prevención de quemaduras y escaldaduras en niños. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus,* 2008, Número 2.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (2003). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa. Documento base (Parte uno). Versión española. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Urbanos R. (2010) Recomendaciones para una futura Ley de Salud Pública en España. *Gaceta Sanitaria*, *24*(1): 89-94.

Valmisa Gómez de Lara, E. (coord.) (2008) II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012.Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_salud_mental/plan_salud_mental_08_12.pdf

Vasconcelos Ferreira, M. G., Jorge Bessa, M.S., Guimaraes Ximenes, J.M. & Pinto Alves, A.G. (2008). Saúde mental no contexto do programa saúde da família: representaçôes sociais de usuários e familiares. *Revista RENE, 9*(3), 9-18.

Vázquez García R. (coord.) (2005) Plan de atención integral a las cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_cardiopatias/Plan_Cardiopatias.pdf

Vegas Pardavila, E. (2015). *Evolución de la enfermería familiar y comunitaria en España 25 años después de la reforma de atención primaria*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

Vera Rosales, M.C. & Morroi Rojas, A. (2007). Las representaciones sociales del cuerpo y la alimentación de las mujeres de la comunidad de las Cabañas. *Revista Paraninfo digital; 1*. Recuperado en Abril de 2012 de: http://www.index-f.com/para/n1/o052.php

Villalbí J.R., Pérez-Albarracín, G., Delgado-Rodríguez, M. y el grupo de reflexión sobre el futuro de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (2011). La formación en España de médicos especialistas en medicina preventiva y salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, *84* (6): 507-512.

Vitoria, P.D., Silva, S. A. & De Vries H. (2011). Longitudinal evaluation of a smoking prevention program for adolescents, *Revista de Saúde Pública, 45*(2), 344-354.

Von Held, A.A., Lopes, M.S.C., Bittencourt de Sá, S.M.N. & Silva Porto, D.O. (2011). Percepçâo de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atençâo à saúde. *Ciencia & saúde colectiva, 16*(supl. 1), 923-933.

Wagner, W. (1993) Can representations *explain* social behaviour? A discussion of social representations as rational systems**.** *Papers on Social Representations* 2(1). Recuperado el 23 de Abril de 2012 de: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1993/2_1993Wagne.pdf

Wallerstein, N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?. Copenhage, WHO regional Office for Europe. Recuperado en 2013 de: http://www.euro.who.int/document/E88086.pdf.

Weightman, A., Ellis, S., Cullum, A., Sander, L., Turley, R.(2005). Gradinf evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. London: Health development agency. Recuperado en 2013 de: http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2007/01/grading_evidence.pdf.

Weiss, W. (1985). Reprèsentations sociales de l'alcool chez les enfantss et les adolescents. *Sozial-Und Prâventivmedizin, 30*(6), 329-332.

World Health Organization (1978). Declaración de Alma-Ata. Salud para todos. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf

World Health Organization (1981). Global strategy for health for all by the year 2000. Géneva.

World Health Organization (1986). The Otawa charter for health promotion First international conference on health promotion. Otawa, Canadá, 17-21 de noviembre 1986. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_ottawa.pdf?ua=1

Xia J & Grant TJ. Terapia de baile para la esquizofrenia (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD006868. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008).What fosters or prevent interprofesional teamworking in primary and community care?. A literature review. *International journal nursing on studies,* 45(2), 140-153

Yeoh B, Woolfenden S, Wheeler D, Alperstein G, Lanphear B. Intervenciones domésticas para la prevención de la exposición doméstica al plomo en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Zárate, M. (2007). Desarrollo Comunitario. En Serrano, R. & cols. *Modelo de desarrollo humano comunitario. Sistematización de 20 años de trabajo comunitario*. México, DF. Plaza y Valdés Editores.

Zarco Montejo, J., Cecilia Navazo, J., Agudo Polo, S., Aragón Martín B., Camacho Arpa, S., Flores Preciado, E.Mª. (2015). Comisión de población excluida de Villa de Vallecas: 17 años de intervención comunitaria. *Comunidad* 17(1): 4. Recuperado el 18 de Noviembre de 2015 de: http://comunidadsemfyc.es/comision-de-poblacion-excluida-de-villa-de-vallecas-17-anos-de-intervencion-comunitaria/

8.2. REFERENCIAS LEGISLATIVAS

Constitución Española de 1978, de 27 de diciembre. BOE nº 311 de 29 de diciembre. Consultado en Marzo de 2014. Recuperado en septiembre de 2013 de: http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf

Corrección de erratas del Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre por el que se rectifica el anexo del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices enerales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de áquel. BOE nº 14, miércoles 16 de enero de 1991. Recuperado el 7 de enero de 2014 de: http://www.boe.es/boe/dias/1991/01/16/pdfs/A01561-01561.pdf

Corrección de errores de la Orden de 7 de junio de 2001, por la que se modifica el Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía. BOJA nº 100, de 27 de agosto 2002, p. 16791.

Decreto 2065/1974 de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. BOE nº 173 de 20 de julio de 1974, p. 15081-1518.

Decreto 66/1996, de 13 de febrero, por el que se constituye, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se determina normas sobre el mismo. BOJA nº 35, 19 de marzo de 1996, p. 2731-2734.

Decreto 174/2001, de 24 de julio, por el que se establecen las normas reguladoras del Consejo Andaluz de Salud. BOJA nº 97, Sevilla 23 de agosto 2001, p. 14359-14360.

Decreto 245/2001, de 6 de noviembre, por el que se crea la categoría de Técnico de Salud de Atención Primaria en el Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 137, Sevilla, 27 de noviembre 2001, p. 19031-19036.

Decreto 259/2001, de 27 de noviembre, por el que se determinan las competencias y estructura de las Deleaciones Provinciales de la Consejería de Salud, se delimitan las Áreas de Salud y se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área. BOJA nº 148, Sevilla, 27 de diciembre 2001, p. 20613-20616.

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52, 4 de mayo de 2002, p. 7127- 7134. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/d1.pdf

Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140, 17 de julio de 2007, p. 10-18.

Decreto 83/2013, de 16 de julio, por el que se autoriza la implantación de enseñanzas universitarias de rado, Máster y Doctorado y centros universitarios, se actualiza la relación de titulaciones universitarias de carácter oficial y con validez en todo el territorio nacional, de las Universidades Públicas de Andalucía, Centros que las imparten, y se fijan los preciospúblicos a satisfacer por la prestación de servicios académicos y administrativos universitarios para el curso 2013/2014. BOJA nº 139, 18 de julio de 2013, p. 30-100.

Directiva Comunitaria 75/363/CEE de 15 de junio de 1975. Recuperado el 1 de abril de 2014 de: http://eurex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61997CJ0371:ES:HTML

Directiva Comunitaria 75/362/CEE de 16 de junio de 1975, sobre reconocimeto mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico. Diario Oficial nº L 167/14, 30 de junio de 1975. Recuperado el 4 de Abril de 2014 de: http://www.boe.es/doue/1982/043/L00021-00025.pdf

Directiva Comunitaria 77/453/CEE de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de enfermeros responsables de cuidados generales. Recuperado en Marzo de 2014 de: http://www.enferaclinic.org/legis/eurp/Directiva%2077-453.pdf

Directiva Comunitaria 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986, relativa a la formación específica en medicina general. Diario Oficial nº L 267/26 de 19 de septiembre de 1986, p 26-29.

Directiva Comunitaria 93/16/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos. Diario Oficial n° L 165 de 7 de julio de 199, p. 0001 – 0024. Recuperado el 4 de abril de 2014 de: http://www.medicina.ull.es/aulavirtual/file.php/1/EEES/directiva_europea_16-93.pdf

Directiva Comunitaria 2001/19/CEE del Parlamento Europeo y del Consejo, e 14 de mayo de 2001, por la que se modifican las Directivas 98/48/CEE y 92/51/CEE del consejo, relativas al sistema general de reconocimiento de las calificaciones

profesionales y las Directivas 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE y 93/16/CEE del Consejo, relativas a las profesiones de enfermero responsable de cuidados generales, odontóloo, veterinario, matrona, arquitecto, farmacéutico y médico. Diario Oficial nº L 206, 31 de julio de 2001, p 1-30. Recuperado el 4 de abril de 2014 de: https://www.boe.es/doue/2001/206/L00001-00051.pdf

Directiva Comunitaria 2005/36/CEE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al septiembre de 2005, p 122-142. Recuperado el 4 de abril de 2014 de: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/DIRECTIVA_2005_36_CE.pdf

Directiva europea 2021 (1). 12 2004,13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004 Escalera Urkiaga, M.A., Ortíz González, J. & Muñoz Bellerín J. (2004). Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado en Marzo de 2015: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf

Ley de 28 de noviembre de 1855 disponiendo lo conveniente sobre el servicio general de sanidad. Recuperado el 21 de Marzo de 2014 de: http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_28_1855_ServicioGeneralDeSanidad.pdf

Ley de bases de 25 de noviembre de1944 de organización de la sanidad. BOE nº 311, de 16 de noviembre de 1944, p. 8908-8936.

Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. BOE nº 202 de 21 de julio de 1955, p 4440-4442.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº102, de martes 29 de abril 1986, p. 15207-15224.

Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. BOE nº 124, sábado 24 de mayo de 1986, p. 18655-18658.

Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía. BOE nº 185, martes 4 de agosto de 1998, p. 26392-26407.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128, jueves 29 de mayo de 2003, p. 20567-20588.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, sábado 22 de noviembre 2003, p. 41442-41458.

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 309, martes 27 de diciembre 2005, p. 42241-42250.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178, jueves 27 de julio de 2006, p. 28122-28165.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299, viernes 15 de diciembre de 2006, p. 44142-44156.

Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. BOE nº 308, miércoles 23 de diciembre de 2009. Sec. I p. 108507-108578.

Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía. BOJA nº 122, Sevilla, 23 de junio 2010. p. 6-34.

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 318, viernes 31 de diciembre 2010, p. 109188-109194.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud Pública. BOE nº 240, miércoles 5 de octubre de 2011. Sec. I. p. 104593-104626.

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOJA nº 255, 31 de diciembre de 2011, p. 62-88.

Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. BOE nº 312, de 30 de diciembre de 2013, p.106430-106472.

Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. BOE nº 209, de 1 de septiembre de 1983, p. 24034- 24042.

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública. BOE nº102, de martes 29 de abril 1986, p. 15207.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE nº 238, jueves 4 de octubre de 1990, p. 28927-28942.

Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE nº 307, de 24 de diciembre de 2001, p. 24515-24565.

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOE nº 68, martes 20 de marzo 2007, p. 11871-11909.

Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21de diciembre, de Universidades. BOE nº 89, viernes 13 de abril 2007, p. 16241-16260.

Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE nº 283 de 26 de noviembre, p. 25987- 25989.

Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfemedades de declaración obligatoria. BOJA nº 4, 9 de enero de 1997, p. 213-216.

Orden de 23 de abril de 1997, por la que se modificanlas de 6 de marzo de 1996, que crean y modifican ficheros automatizados de datos de carácter personal gestionados por esta Consejería. BOJA nº 55, 13 de mayo de 1997, p. 5804-5806.

Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. BOJA nº 70, de 15 de junio 2002, p. 10368-10377. Recuperado en diciembre de 2014 de: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/70/d6.pdf

Orden de 17 de junio de 2002, por la que se modifica la de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiolóica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. BOJA nº 83, 16 de julio de 2002, p. 13133-13134.

Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. BOJA nº 4, 8 de enero de 2009, p. 69-71.

Orden Ministerial 28232 de 31 de octubre de 1977. BOE nº 283 de 26 de noviembre, p. 25987-25989.

Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 171, jueves 16 de julio de 2009, p. 59767-59768.

Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, que actualiza el Anexp VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 138, lunes 7 de junio de 2010, p. 48705-48706.

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE nº 157, martes de 29 de junio de 2010, p. 57217-57250.

Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE nº 105, martes 3 de mayo de 2005, p. 15182-15224.

Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que aprueba y publica el programma formativo de la especidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. BOE nº 152, lunes 27 de junio de 2005, p. 22751-22759.

Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 285, miércoles 28 de noviembre 2007, p. 48677-48682.

Orden SPI/573/2011, de 11 de marzo, por la que se modifican los Anexos III y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 65, jueves 17 de marzo de 2011. Sec. I. p. 29201-29203.

Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso en el año 2016, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. BOE nº 224, viernes 18 de septiembre de 2015, p.82031-82318. Recuperado el 9 de septiembre de 2016: https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/18/pdfs/BOE-A-2015-10053.pdf

Real Decreto de 12 de enero de 1904 aprobando con carácter definitivo la adjunta Instrucción General de Sanidad Pública. Recuperado el 21 de Marzo de 2014 de: http://bib.us.es/derecho/servicios/common/RD_1904_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf

Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Univrsitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE nº 200 de 22 de agosto de 1977, p 18716-18717.

Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE nº 206, de 29 de aosto de 1978, p. 20172-20174

Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE nº 29, de 2 de febrero de 1979, p. 2735-2736.

Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica espacializada y la obtención del título de médico especialista. BOE nº 26 de 31 de enero de 1984, p. 2524-2528

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE nº 27 de 1 de febrero de 1984, p. 2627-2629.

Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. BOE nº 183, sábado 1 de agosto de 1987, p 23642-23644.

Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE nº 298, de 14 de diciembre de 1987, p. 36639-36643.

Real Decreto 264/1989, de 10 de febrero, por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. BOE nº 65, viernes 17 de marzo de 1989, p 7481-7483.

Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud. BOE nº 179, viernes 28 de julio de 1989, p. 24217-24218.

Real Decreto 1417/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices enerales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. BOE nº 278, de martes 20 de novimebre de 1990, p. 34343-34345.

Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre de 1990 por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. BOE nº 278, martes 20 de noviembre de 1990, p 34410- 34411. Recuperado el 4 de Abril de 2014 de: http://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34410-34411.pdf

Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se rectifica el anexo del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario

oficial de Diplomado en Enfermería. BOE nº 311, de 28 de diciembre de1990, p. 38735.

Real Decreto 853/1993, de 4 de junio sobre ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud. BOE nº 156, jueves 1 de julio de 1993, p 20049-20051

Real Decreto 1267/1994 de 10 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987 de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos. BOE nº 139 de 11 de junio de 1994, p. 18413 – 18419.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 35, de viernes 10 de febrero 1995, p. 4538-4543.

Real Decreto 931/1995, de 9 de junio por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los Licenciados en Medicina a partir del 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. BOE nº 143, viernes 16 de junio de 1995, p 18065-18066.

Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. BOE nº 21, miércoles 24 de enero de 1996, p. 2153-2158.

Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especilista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. BOE nº 205, Jueves 27 de aosto de 1998, p 29232-29235.

Real Decreto 1125/2003 de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE nº 224, jueves 18 de septiembre de 2003, p. 34355-34356.

Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE nº 21, martes 25 de enero de 2005, p. 2842-2846.

Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. BOE nº 21, martes 25 de enero de 2005, p. 2846-2851.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE nº 108, viernes 6 de mayo de 2005, p. 15480-15486.

Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre, por el que se modifican el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado y el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. BOE nº 303, martes 20 de diciembre 2005, p. 41455-41457.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222, sábado 16 de septiembre de 2006, 32650-32679.

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. BOE nº 240, de 7 de octubre de 2006, p. 17498-17509.

Real Decreto 189/2007, de 9 de febrero, por el que se modifican determinadas disposiciones del Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. BOE nº 36, sábado 10 de febrero de 2007, p. 6010.

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE nº 260 de Martes 30 de octubre de 2007, p. 44037-44048.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE nº 45, jueves 21 de febrero de 2008, p. 10020-10035.

Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas. BOE nº 283, lunes 24 de noviembre de 2008, p. 46932-47946.

Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto1393/2007,de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE nº 161, sábado 3 de julio de 2010, p. 58454-58468.

Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se reulan las enseñanzas oficiales de doctorado. BOE nº 35, jueves 10 de febrero de 2011, p. 13909-13926.

Real Decreto 16/2012, de 20 de abril de 2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº 98, martes 24 de abril de 2012, p. 31278-31312

Real Decreto 220/2013, de 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título. BOE nº 71, sábado 23 de marzo de 2013, p. 22955-22956.

Real Decreto 534/2013, de 12 de julio, por el que se modifican los Reales Decretos 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, y 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas. BOE nº 167, sábado 13 de julio de 2012, p. 52159-52161.

Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialistas. BOE nº 190, miércoles 6 de agosto de 2014, p. 63130-63166.

Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. BOE nº 29, martes 3 de febrero de 2015. Sec. I. p. 8088-8091.

Real Decreto Orgánico de sanidad de 1847. Citado en Martínez Alcubilla M. Diccionario de la administración española, peninsular y ultramar: compilación ilustrada de la novísima legislación de España en todos los ramos de la administración pública. 2ªed. Madrid; 1870. p. 532–540.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº 98, martes de 24 de abril de 2012. Sec. I. p. 31278-31312.

Resolución del 25 de abril de 1996, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se elabora el programa de formación de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 246, 22 de diciembre 2006, p. 58-63.

Resolución de 17 de julio de 2009, de la Secretaría General de Universidad, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre las especialidades de Enfermería. BOE nº 182, miércoles 29 de julio de 2009, p. 64940-64943.

Resolución SA 0077/12 de 20 de marzo 2012, para la regulación de la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud. Recuperado en Diciembre de 2014 de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/granadasurpaginas/participacion_ciudadana/resolucion_77-12.pdf

Resolución SA 0149/14 de 6 de octubre de 2014, por la que se deroga la Resolución SA 0077/12 de 20 de marzo de 2012 de regulación de la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud. Recuperado en diciembre de 2015 de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/novedades/novedades.asp?idmes=10&idyear=2014.

Resolución SA 0015/15 de 4 de febrero de 2015, de desarrollo de la participación ciudadana en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Recuperado en diciembre de 2015 de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_IV_2_5

8.3. OTRAS FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

Almeida, G., Paz, E., & Silva, G. (2011). Social representations of arterial hypertension and its care: a collective subject discourse. *Acta Paulista de Enfermagem, 24*(4), 459-465.

Alves, H.J., & Boog, M.C. (2007). Food behavior in student residence halls: A setting for health promotion. [Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde] *Revista De Saude Publica, 41*(2), 197-204.

Araújo, E.C., & Menicucci, E.O. (2008). Entendimiento sobre o VIH e a aids entre jovens do sexo masculine ancorado na teoria das representações sociais. *Revista electronica cuatrimestral de enfermería,* 7(12).

Augusto, V., Aquino, C., Machado, N., Cardoso, V., & Ribeiro, S. (2011). Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(Suppl. 1), 957-963.

Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E, Spencer N, Webster P. Programas familiares y para cuidadores de control del hábito de fumar para reducir la exposición de niños a humo de tabaco en el ambiente. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 3. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746

Borghi, W.M.C., Sundefeld, M.L., Saliba, N.A. & Moimaz, S.A. (2009). Representación social de pacientes sobre la interacción: hospitales generales y Facultad de Odontología de Araçatuba - UNESP- Brasil, 2005. *Acta Odontológica Venezolana*, *47*(1), 140-146.

Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley &

Sons, Ltd.).

Brian KL Choi, Jos H Verbeek, Wilson Wai-San Tam, Johnny Y Jiang. Ejercicios para la prevención del dolor lumbar recurrente (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD006555. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cardona-Arias, J.A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, *12*(5), 765-776.

Carvalho F, Gonçalves T, Faria E, Shoveller J, Piccinini C, Ramos M, Medeiros L. Intervenciones conductuales para promover el uso de preservativos entre las mujeres que viven con VIH. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD007844. DOI: 10.1002/14651858.CD007844

Castaño Riera, E. El consumo de recursos sanitarios de atención primaria es mayor en las ciudades que en el medio rural. La biblioteca Cochrane Plus, 2015, nº 6

Castro-Carvajal, J.A., Patiño-Villada, F.A., Cardona-Rendón, B.M., & Ochoa- Patiño, V. (2008). Aspectos Asociados a la Actividad Física en el Tiempo Libre en la Población Adulta de un Municipio Antioqueño. *Revista de Salud Pública*, *10*(5), 679-690.

Coelho, M., Silva, Derreiro Vieira da, & Padilha, M.I.S.. (2009). Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes Mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *43*(1), 65-71. **

Coyne I, O'Mathúna D, Gibson F, Shields L, Sheaf G. Intervenciones para la promoción de la participación en la toma de decisiones compartida para niños con cáncer. Cochrane

Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD008970. DOI: 10.1002/14651858.CD008970

Dale Jeremy, Caramlau Isabela O, Lindenmeyer Antje, Williams Susan M. Llamadas telefónicas de apoyo por parte de compañeros para mejorar la salud (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Delicado Useros, M.V., Candel Parra, E., Alfaro Espín, A., López Máñez, M., & García Borge, C. (2004). Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Atención Primaria, 33*(4), 193-199.

Dijker, A.J.M. (2008). Why barbie feels heavier than ken: The influence of size-based expectancies and social cues on the illusory perception of weight. *Cognition, 106*(3), 1109-1125.

Eulálio, M.C., Santos, E.R.F. & Albuquerque, T.P. (2009). Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do Programa Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *30*(4), 708-715.

Fernandes, H., & Horta, A.L. (2005). Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *13*(4), 522-529.

Forbes C, Jepson R, Martin-Hirsch P. Intervenciones para estimular la participación de las mujeres en el cribaje de cáncer cervicouterino (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gareth J Hollands, Matthew Hankins, Theresa M Marteau. Información visual sobre los resultados médicos de los estudios por imágenes para el cambio de las conductas de salud (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD007434. Chichester,

UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gelesson, D., Hiraishi, L.Y., Ribeiro, L.A., Pereira, S.R., Gutiérrez, M.G. & Lopez, D.E.. (2009). The meaning of neutropenia and homecare needs according to caregivers of children with cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *17*(6), 933-939.

Giraldo, C.V. & Arango, M.E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, *27*(2), 191-200.

Glenton C, Colvin C, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J, Rashidian A. Barreras y facilitadores en la implementación de programas de trabajadores de salud no profesionales para mejorar el acceso a la salud maternoinfantil: síntesis de pruebas cualitativas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 12. Art. No.: CD010414. DOI: 10.1002/14651858.CD010414

Gomes, A.M, Oliveira, D.C., & Sá, C.P. (2008). Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janero, Brasil, según el enfoque estructural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(1), 122-129.

Gomes, A.M. & Oliveira, D.C. (2008). Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *61*(2), 178-185.

González López-Valcárcel B. Un impuesto sobre las bebidas azucaradas es bueno para la salud de la población y para el tesoro público. La biblioteca Cochrane plus, 2015 nº 6.

Harkness EF, Bower PJ. Terapia psicológica e intervenciones psicosociales por profesionales de la salud mental in situ para pacientes en atención primaria: efectos sobre la práctica profesional de los profesionales de atención primaria (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD000532. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hernández Aguado I. La contribución a la salud pública de la obligatoriedad del uso del casco por los ciclistas. La biblioteca Cochrane plus 2015, nº 6.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Asesoramiento de reducción de la sal dietética para la prevención de enfermedades cardiovasculares (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Krause, M. (2003). The transformation of social representations of chronic disease in a self-help group. *Journal of Health Psychology, 8*(5), 599-615.

Lancaster T, Stead LF. Intervenciones de autoayuda para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Lassi Z, Bhutta Z. Paquetes de intervención comunitaria para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal y para mejorar los resultados neonatales. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 3. Art. No.: CD007754. DOI: 10.1002/14651858.CD007754

Lee Sue J, Thomas Jane. Examen prenatal de mamas para la promoción de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

León, O.G. & Montero, I. (2015). Métodos de investigación en Psicología y Educación. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana.

Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Intervenciones para la

promoción de un enfoque centrado en el paciente por parte de los prestadores en las consultas clínicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Lima, C., Fernandes, R., Castelo, A., Cruz, D., Costa, L., Cavalcante, M., Moraes, M., & Alves, M. (2009). Families and healthy lifestyle: a case study. *Online Brazilian Journal Of Nursing, 8*(1).

López Matheu, C., Frances Ribera, L., Isla Pera, P., Rigol Cuadra, A., Sánchez Zaplana, I., & Bestard Camps, J. (2012). Los jóvenes y la reproducción asistida. *Cultura De Los Cuidados, 0*, 70-79.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Enjuagues dentales fluorados para la prevención de caries en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoruro tópico (cremas dentales, enjuagues bucales, geles o barnices) para prevenir las caries dentales en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3.

Márquez Calderón, S. Efectividad de las intervenciones para reducir las desigualdades en salud: algunas pistas y lo mucho que queda por conocer. Biblioteca Cochrane Plus, 2010, nº 1.

Martini, J.G. & Furegato, A.R. (2008). Teachers' social representations on drug use in a secondary school. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(spe), 601-606.

Miranda, F.A., Simpson, C.A., Fernandes, R.L., Silva, M.B. & Sabino, García M.G.. (2009). Representações sociais e o papel terapêutico dos acadêmicos de

enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*(5), 663-669.

Nupponen, R. (1996). Client views on periodic health examinations: Opinions and personal experience. *Journal of Advanced Nursing, 23*(3), 521-527.

Oliveira, L.P., Araújo, B. & Menezes, Rejane Maria Paiva de. (2011). Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *20*(2), 301-309.

Olry de Labry Lima A. Una intervención para mejorar la actividad física desde atención primaria. La biblioteca Cochrane plus, 2010, nº 4.

Olsen, A., Dixon, J., Banwell, C., & Baker, P. (2009). Weighing it up: The missing social inequalities dimension in australian obesity policy discourse. *Health Promotion Journal of Australia : Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals, 20*(3), 167-171.

Pamplona, V.L., García de Lima, C.M. (2008). Representações sociais de educadoras infantis sobre o cuidar e o educar: a interface com a saúde. *Ciência, cuidado e saúde.* 7(2), 199-206.

Péres, D.S., Franco, L.J, & Santos, M.A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, *40*(2), 310-317.

Petersen, I., Mason, A., Bhana, A., Bell, C.C., & McKay, M. (2006). Mediating social representations using a cartoon narrative in the context of HIV/AIDS: The AmaQhawe family project in south africa. *Journal of Health Psychology, 11*(2), 197-208.

Ramsay J, Carter I, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A, Warburton A. Intervenciones de defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 3 Art no. CD005043. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Rodrigues, D., Rodrigues, F., da Silva, L., Jorge, M., & Vasconcelos, L. (2009). O adolescer e ser mãe: representações sociais de puérperas adolescentes. *Cogitare Enfermagem, 14*(3).

Santo, C.C., Gonçalves, T.C., Oliveira, D.C. & Gomes, A.M.T. (2012). Memórias e representações sociais do Sistema Único de Saúde por seus usuários. *Escola Anna Nery*, *16*(1), 96-102.

Santos, M.A., Alves, R.C.P., Oliveira, V.A., Pimentel C.R., Teixeira, C.R.S. & Zanetti, M.L. (2011). Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(3), 651-658.

Serrano Aguilar P. Los programas de intervención comunitaria para modificar estilos de vida son efectivos para reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular**.** La biblioteca Cochrane plus, 2015, nº 6

Sibley LM, Sipe TA, Brown CM, Diallo MM, McNatt K, Habarta N. Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Silveira, L.R., Amadigi, F.R., Ramos, F.R.& Albuquerque, G.L. (2011). *Adolescer cidadão: Percepções da cidadania no cotidiano adolescente*. Universidade Federal de Goias.

Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Intervenciones del personal de la farmacia de la comunidad para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Soto, R.I., (2007). Atención en salud reproductiva a los adolescentes: una mirada desde el proveedor, obstetriz del servicio. *Enfermería comunitaria: Revista internacional de cuidados de salud familiar y comunitaria , 3(2)*

Souza, D.B. & Dall'Agnol, C.M. (2008). Social representations of health surveillance among workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(3), 452-457.

Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Detección de mujeres víctimas de violencia por parte de la pareja en ámbitos sanitarios. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 4. Art. No.: CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007

Thiel, A., Diehl, K., Giel, K.E., Schnell, A., Schubring, A.M., Mayer, J. &. Schneider, S. (2011). The german young olympic athletes' lifestyle and health management study (GOAL study): Design of a mixed-method study. *BMC Public Health, 11*, 410-2458-11-410.

Thrush, D., Fife-Schaw, C., & Breakwell, G.M. (1997). Young people's representations of others' views of smoking: Is there a link with smoking behaviour? *Journal of Adolescence, 20*(1), 57-70.

Tsala, J.P. (2004). The lift and the stairs--the fight against AIDS in cameroon. [L'ascenseur et l'escalier--la lutte contre le SIDA au Cameroun] *SAHARA J : Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council, 1*(3), 139-156.

Turiani, M., Pamplona Tonete, V.L., Komura Hoga, L.A., & Chávez Alvarez, R.E. (2009). El cuidado del niño: Representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos. *Index De Enfermería, 18*(2), 90-94.

Underdown A, Barlow J, Chung V, Stewart-Brown S. Intervenciones con masajes para la promoción de la salud mental y física en lactantes menores de seis meses de vida (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

(Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Veloso, R.C., Ferreira, M.A., (2007). Social representations of citizenship and their connections to the actions of users of a health care service. Revista Enfermagem UERJ. 15(4), 527-532.

Vergara, M.C., Velez, C., Vidarte, J.A., Nieto, J.O., (2007). Representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manzales frente al riesgo en el año 2006. 12(1), 145-163.

Wariki W, Ota E, Mori R, Koyanagi A, Hori N, Shibuya K. Intervenciones conductuales para reducir la transmisión de la infección por VIH entre los trabajadores sexuales y sus clientes en países de ingresos bajos y medios. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD005272. DOI: 10.1002/14651858.CD005272

Weisbrot M. Evolución y transformación conceptual de la atención primaria de la salud. Cochrane Database Syst Rev 2014; 17

Whitworth M, Dowswell T. Promoción sistemática de la salud pregestacional para mejorar los resultados del embarazo (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CD007536. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ANEXOS

ANEXO 1

PROYECTOS DEL III PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Proyecto 1	**ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

ACCIONES

Establecer adaptaciones locales a los planes de los servicios de salud, para dar respuesta a la pluralidad social y geográfica de los ciudadanos y ciudadanas.

Apoyar el abordaje de los problemas de salud en el territorio, con los entes locales, mediante un abordaje intersectorial y participado y la elaboración de Planes Locales de Salud.

Avanzar en el desarrollo efectivo de los planes integrales de salud, estrategias y programas específicos de actuación.

Proyecto 2	**AVANCE EN DERECHOS DE LA CIUDADANIA, PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD**

ACCIONES

Definir y establecer en los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía estrategias de trabajo colaborativo entre ciudadanía y profesionales, para compartir conocimiento, derechos, información sobre resultados o identificar mejoras, en el marco de la corresponsabilidad.

Incorporar a los instrumentos de gestión aspectos que incluyan las expectativas y valores de la ciudadanía de forma continua.

Implantar el Plan de Participación Ciudadana en todos los ámbitos de la organización, que incluya un programa de comunicación y su incorporación a las unidades clínicas de gestión.

Proyecto 3	**MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS**

ACCIONES

Desarrollar el Plan de Atención a la Salud Bucodental.

Proyecto 7	**PROFUNDIZAR EN EL MODELO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

ACCIONES

Adecuar el rol de la enfermería a los nuevos desarrollos del modelo asistencial: urgencias, áreas quirúrgicas, cuidados paliativos, competencias específicas en procesos, ética asistencial, derivaciones y pruebas diagnósticas, prestación farmacéutica, salud pública.

Adecuar y reconocer las competencias para el trabajo en zonas de trasformación social.

Proyecto 8	**DESARROLLAR EN TODO EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA EL NUEVO MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA**

ACCIONES

Hacer del dominio de los cauces y estrategias de participación un elemento de calidad en el nuevo modelo de gestión clínica.

Proyecto 10	LAS PERSONAS Y SU ENTORNO DE TRABAJO

ACCIONES

Definir en cada centro un plan de mejora del entorno laboral.

Desarrollar estrategias de promoción de la salud en el lugar de trabajo: actividad física, cuidado de la espalda, autoestima, abordaje del estrés, prevención de la violencia, alimentación o deshabituación tabáquica.

Proyecto 18	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL NUEVO MODELO DE SALUD PÚBLICA

Aprobación, difusión y desarrollo de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

Definición de los mapas de competencias y modelos de acreditación de los profesionales que trabajan en salud pública.

Definición de las competencias en salud pública a contemplar en todos los perfiles profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Definición e implantación de un modelo de formación en salud pública para todas las profesiones involucradas.

Desarrollo del modelo de acción local en salud como medio para transferir liderazgo a las entidades locales en la mejora de la salud colectiva.

Desarrollo de la ayuda mutua en salud, como medio para reforzar la efectividad de los procesos asistenciales integrados y las estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía a través de la ayuda entre iguales.

Desarrollo de la estrategia de salud en todas las políticas y la evaluación del impacto en salud.

Estrategias de Promoción y Prevención de Salud

Incorporar la Promoción y Prevención de Salud al modelo de Gestión Clínica.

Incorporar la promoción y la prevención de salud a las distintas estrategias de salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Adaptar los roles profesionales y los perfiles de competencias a las necesidades de la práctica de la promoción y prevención de salud.

Definir y determinar la oferta de servicios sanitarios a las necesidades de la promoción y prevención de salud.

Definir una política de cribados y establecer un sistema de garantía de calidad de los mismos.

Estrategias de Vigilancia de la Salud

Mantener una red de alerta de calidad para garantizar una intervención precoz y eficaz desarrollando medidas de prevención y protección ante situaciones de riesgo para la salud pública, mediante el desarrollo profesional, la disponibilidad de sistema de vigilancia sensibles con herramientas predictivas, protocolos integrados de investigación y control, y sistemas eficaces de comunicación en situaciones de alerta.

Desarrollar e implantar una metodología basada en la revisión de evidencias, la investigación y la participación, que permita identificar y evaluar intervenciones realizadas en diferentes ámbitos y que tengan un impacto previsible sobre la salud pública.

Integrar de manera sistemática la información epidemiológica en el proceso de planificación de

servicios y evaluación de resultados de las intervenciones sobre los principales problemas de salud, sus determinantes y las desigualdades en salud que afectan a la población andaluza (SIVSA, AIMA, RPCA, SIVMA, Red alerta, Gripe, VIH/Sida).

Facilitar el acceso a la información, incorporar nuevos ámbitos de trabajo y mejorar la capacidad y la calidad del análisis epidemiológico en los diferentes niveles del Sistema Sanitario Público de Andalucía, mediante un sistema de información integrado para la vigilancia de la salud, que integre las fuentes de información de interés mediante las nuevas TICS.

Incorporar la evaluación de resultados en salud de planes integrales, de cribados, para intervenir sobre las principales causas de mortalidad.

Estrategias de Protección de la Salud

Simplificar y optimizar el acceso de la ciudadanía a los Servicios de Protección mediante el desarrollo de instrumentos adecuados que agilicen trámites y actuaciones.
Impulsar la comunicación, la participación y la implicación de la ciudadanía en la mejora de la salud pública:

Desarrollar estrategias para la divulgación del conocimiento sobre la salud pública (preparación de información elaborada y adaptada a la ciudadanía, selección de vías de divulgación, etc.)

Acercar a la ciudadanía los datos sobre el estado de salud de la población y sobre sus determinantes (acceso ciudadanía a los sistemas de información).

Hacer efectiva la participación de la ciudadanía, adaptándola a los diferentes entornos y ámbitos de actuación.

Fuente: Consejería de Salud (2009) Un espacio compartido. Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía 2010-2014. Sevilla. Consejería de salud. Junta de Andalucía. P. 70-112. Recuperado el 26 de enero de 2015:
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_calidad_2010.pdf

ANEXO 5 Y 6 EN CD ADJUNTO

ANEXO 7

GUIÓN UTILIZADO EN LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Las preguntas de cada bloque temático son orientativas:

1. **REPRESENTACIÓN SOCIAL SOBRE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS**

- ¿Piensas que la Atención Primaria que se desarrolla en la actualidad tiene una orientación comunitaria? ¿Por qué?
- ¿cómo crees que ha evolucionado el desarrollo de actividades comunitarias en los Centros de Salud? ¿Por qué?
- ¿Qué papel tienen los/as profesionales sanitarios/as (médicos/as y enfermeros/as) de Atención Primaria en el desarrollo de actividades con la comunidad?
- Dentro del equipo de salud de Atención Primaria ¿Quién piensas que debería ser el/la responsable de la Intervención Comunitaria?
- ¿Qué son para ti las actividades comunitarias en salud? ¿Cómo las definirías?
- ¿Qué es para ti el trabajo intersectorial en salud?
- ¿Qué es para ti la participación comunitaria?

2. **PRÁCTICAS COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

- ¿Qué actividades comunitarias concretamente se realizan desde tu Centro de Salud?
- Describe las actividades comunitarias que se realizan.
- ¿Qué profesionales participan en este tipo de actividades?
- ¿Qué dificultades encontráis los/as profesionales sanitarios/as para realizar actividades comunitarias desde Atención Primaria?
- ¿Con qué apoyos o facilidades contáis los/as profesionales de Atención Primaria para la realización de estas actividades?
- Desde tu punto de vista ¿Qué sería necesario para la realización adecuada de las actividades comunitarias desde la Atención Primaria?

¿Te gustaría añadir algo más a lo que ya hemos hablado?

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN A PARTICIPANTES EN TESIS DOCTORAL

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza: **Investigación sobre las prácticas y representaciones sociales de la intervención comunitaria en salud de los/as profesionales sanitarios.**

Importancia: **Esta investigación es la base de la tesis doctoral inscrita en el programa de doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Huelva, dirigida y tutelada por la Prof. Dra. Mª Dolores González de Haro. Tiene como objetivo fundamental describir las actividades comunitarias que se desarrollan en los centros de salud y la opinión de los profesionales sobre las mismas.**

Implicaciones para los participantes:

- La participación es totalmente voluntaria y no tiene carácter institucional.
- Los participantes pueden negarse a responder las preguntas de la entrevista, si así lo estiman conveniente.
- Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Su participación en la investigación no supone ningún riesgo para su actividad profesional o personal.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con la responsable de la investigación Francisca Mª García Padilla, en el teléfono 959218321/638126484, o en el correo electrónico fmgarcia@uhu.es

Yo……

(Nombre y Apellidos)

He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento

- He podido hacer preguntas sobre el estudio: **"la intervención comunitaria en salud: Prácticas y representaciones sociales de profesionales de medicina y enfermería.**
- He recibido suficiente información sobre el estudio **"la intervención comunitaria en salud: Prácticas y representaciones sociales de profesionales de medicina y enfermería.**
- Comprendo que mi participación es voluntaria, no tiene carácter institucional y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de los datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
    - Cuando quiera
    - Sin tener que dar explicaciones
    - Sin que esto repercuta personal ni profesionalmente.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio: **"la intervención comunitaria en salud: Prácticas y representaciones sociales de profesionales de medicina y enfermería".**

Firma del/la participante **Firma de la responsable de la investigación**

Nombre y Apellidos: **Nombre y Apellidos:**

Fecha: **Fecha:**

ANEXO 9 EN CD ADJUNTO

ANEXO 10

TÉCNICA DE ASOCIACIÓN LIBRE DE IDEAS

TAREA A REALIZAR

La técnica consiste en la producción de palabras, términos, expresiones, adjetivos que sugiere un término que se propone como inductor, señalando los vocablos más importantes de esa lista sugerida.

En nuestro caso, las palabras inductoras son:

1. ¿Qué te sugiere la palabra **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**? Subraya las tres palabras que consideres más importantes.

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

2. ¿Qué te sugiere el término **ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN SALUD**? Subraya las tres palabras que consideres más importantes.

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

DATOS IDENTIFICATIVOS

- SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER
- EDAD: ☐ 20-30 AÑOS ☐ 30-40 AÑOS ☐ 40-50 AÑOS ☐ >50 AÑOS
- TIPO PROFESIONAL: ☐ ENFERMERA/O ☐ MÉDICO/A ☐ OTROS/AS
- AÑOS DE EXPERIENCIA EN AP:
- TITULACIÓN ACADÉMICA:
- PUESTO PROFESIONAL:

ANEXO 11

PROTOCOLO PARA LA TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

- Se utilizará **INT** para identificar el discurso del entrevistador y **AL** para el entrevistado.
- Dejar una línea en blanco entre bloque de pregunta-respuesta.
- Utilizar Símbolos de transcripción de Jefferson[1]

CONVENCIONES DE TRANSCRIPCIÓN DE JEFFERSON		
SÍMBOLO	NOMBRE	USO
[texto]	Corchetes	Indica el principio y el final de solapamiento entre hablantes.
=	Signo de igual	Indica un cambio de turno sin interrupción.
(#de segundos)	Pausa	Un número entre paréntesis indica la duración, en segundos, de una pausa en el habla (0.3) (2.3).
(.)	Micropausa	Una pausa breve, normalmente menos que 0.2 segundos.
.o ⇩	Punto o flecha hacia abajo	Preceden a una bajada marcada de entonación.
¿ o ⇧	Signo de interrogación o flecha hacia arriba	Precede a una subida marcada de entonación.
,	Coma	Indica una subida o bajada temporal en la entonación
-	Guión	Indica una finalización brusca o la interrupción brusca de una palabra o sonido.
>texto<	Símbolos de mayor que /menor que	Indica que el texto entre los símbolos se dio de una forma más rápida de lo habitual para el hablante.
<texto>	Símbolos de menor que / mayor que	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más lenta de lo habitual para el hablante.
º	Símbolo de graduación	Indica susurro o expresiones más silenciosas que el resto.
MAYÚSCULAS	Texto en mayúsculas	Indica grito o expresiones más sonoras que el resto
<u>Subrayado</u>	Texto subrayado	Indica palabras o partes de palabras que son acentuadas por el hablante
:::	Dos puntos (s)	Indican la prolongación del sonido inmediatamente anterior.
(hhh)		Exhalación audible
¿ o (.hhh)		Inhalación audible
(texto)	Paréntesis	Fragmento incomprensible o del que se tienen dudas. Puede estar vacío o poner lo que se cree haber oído. Puede ir acompañado de especificación de tiempo.
((*cursiva*))	Doble paréntesis	Anotación de actividad no-verbal.
(x)		Duda o tartamudeo.
£palabras£	Libra esterlina	El símbolo de libras esterlinas encierran mensajes en "voces de sonrisa".

[1]Jeffersonian Transcription Notation as described in Jefferson, Gail (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Eds.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis* (pp.346-369). Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXO 14

TÉRMINOS GENERADOS A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DE ASOCIACIÓN LIBRE DE IDEAS, AGRUPADOS SEGÚN CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

CATEGORÍAS	TÉRMINOS		FRECUENCIA TOTAL
PROPÓSITO	**PREVENCIÓN**		
	Prevención (27), Prevención de riesgos (1), Prevención en salud (1)		29
	PROMOCIÓN		
	Promoción (15), Promoción de hábitos de salud (1),	16	52
	Salud (8), Salud entre todos (1), Salud de la comunidad (3), Acercar la salud a los ciudadanos (1), Salubridad (1), Colaborar en la salud de la comunidad (1), Búsqueda de la salud (1), Actividades dirigidas a mejorar la salud de la comunidad (1)	17	
	Mejora de la calidad de vida (1), Bienestar social (1), Bienestar (2), Autocuidados (2)	6	
	Hábitos (1), Hábitos cardiosaludables (1), Hábitos saludables (1), Estilos de vida saludables (1),Ejercicios (2), Actividad física (1), deporte (1), pasear (1), Alimentación (2), Alcohol (2)	13	
DESTINATARIOS /AS	Grupos (14), Grupos de riesgo (3), Grupos sociales (3), Familia (4),Comunidad (6), Población (3), Sociedad (2), Barrios (2), Asociaciones (4), Colectivos (1), Colegios (2), Escuela (1), Instituciones (1), Domicilio (1),Mayores (1), Dirigidos a personas/colectivos y familia (1), Orientada hacia el ciudadano (1), Centrarnos en el ciudadano (1).		51
HERRAMIENTAS	**EDUCACIÓN PARA LA SALUD**		
	Educación (15), Educación para la Salud (12), Educación de la población (1), Educación Sanitaria (1),Información (8), Enseñanza (1), Aprendizaje (6), Charlas (8), Talleres (2), Consejos de salud (2), Conocimientos (1), Formación de jóvenes (1), Capacitación de grupos (1), Campañas (1)		60
	TRABAJO EN EQUIPO		
	Trabajo en Equipo (5), Equipo (5), Equipo Sanitario (1), Reuniones (3), Colaboración (3), Cooperación (3), Coordinación (2), Comunicación (3), Relación con profesionales sanitarios (1), Multidisciplinas (2)		28

	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	
	Participación Ciudadana (2), Participación con los ciudadanos (1), Participación de la Comunidad (2), Participación (1), Participación en Salud (1), Toma de decisiones en nuestra salud (1), Decisiones comunes (1), Relación profesionales-población (1).	10

(Cont.)

CATEGORÍAS	TÉRMINOS	FRECUENCIA TOTAL
HERRAMIENTAS	**PROCESO PLANIFICADO**	10
	Organización (2), Objetivos de una Unidad de Gestión Clínica (1), Objetivos (1),Basado en problemas (1), Planificación en Salud/identificación de problemas (1), Planificación/Ejecución/Evaluación de programas (1), Consecución de objetivos (1), Diagnóstico dirigido por los profesionales (1), Diagnóstico (1), Identificación de problemas (1), cobertura de necesidad de la población (1), Conocer los recursos sociales de la zona (1)	13
	TRABAJO INTERSECTORIAL	1
	Relación con otros profesionales de los medios (1).	
PROGRAMAS Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS CONCRETAS	Programas (5), Programas de Salud (1), Vacunación (4), Educación maternal (4), Exámenes de Salud (1), Talleres de Fibromialgia (1), Educación Diabetológica (1), Escuela de pacientes (1), Planificación Familiar (1), Forma Joven (2), Programa de detección precoz de cáncer de cérvix (1), Programas de radio y televisión (1), Enfermería en los colegios (1), Intervención Tabáquica (4).	27
VALORACIÓN	Falta de tiempo (3), No tenemos tiempo para programas (1),Complicado (1), Difíciles (1), Innecesarias (1), Intereses de algunos directivos (1), Imposibilidad (1), Ineficaces (1), Olvidadas (1), Poca motivación (1), Burocracia (1), Caras (1), Falta de medios (1), Política barata (1), Actividad escasa (1), Escasas (1), Inexistencia (1), Poco conocidas (1), Mentiras (1), Utopía (1).	24
	Necesarias, Ahorro (1), Esenciales (1), Imprescindibles (1), Interés sanitario (1), Filosofía de la Atención Primaria (1), Influencia en la sociedad (1).	6
		30
FORMACIÓN	Formación (8), Formación profesionales (2).	10
OTRAS	Continuidad (2), Integral (2), Accesibilidad (3), Cercanía (2), Global (1), Equidad (1) Diabetes (4), Hipertensión Arterial (5), Obesidad (1)	21

ANEXO 16

Código-filtro: Todos

UH: proyecto de investigación 28-5-2016
File: [E:\proyecto de investigación 28-5-2016.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2016-06-30 13:37:10

***1.1. Actividades de Promoción de salud**
***2.1 Grupos**
***4.5.Diagnóstico de salud.**
***4.5.Diagnóstico de salud. + 4.1.Participación Comunitari..**
***4.5.Diagnóstico de salud. + 4.2.Trabajo Intersectorial..**
***SUB 1.3.Actividades de educación para la salud.**
1.1. Actividades de Promoción de salud
1.2 Actividades de prevención
1.3.Actividades de educación para la salud.
1.4.Actividades para la autorrealización y la autogestión.
1.5.Todas esas funciones
1.PROPÓSITO
2. DESTINATARIOS DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS
2.1 Grupos
2.1.1. Grupos de Riesgo
2.1.2 otros grupos sociales
2.1.3. Ambos grupos
2.2.Comunidad = Población
2.3.Individuos en consulta
2.4. Individuos en domicilio
2.5.Todos esos destinatarios
3.1.APOC
3.2.Desarrollo Comunitario
3.3.Investigación-Acción-Participativa
3.4.Procesos Correctores Comunitarios
3.METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD (ICS)
4. HERRAMIENTAS
4.1.Participación Comunitaria
4.2.Trabajo Intersectorial
4.3 Trabajo en equipo
4.4.Educación para la Salud
4.5.Diagnóstico de salud.
4.6.Evaluación de resultados.
4.7. epidemiología
a intervención que podemos hac..
AC =INTERVENCIONES ANTE BROTES EPIDÉMICOS
AC= ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA
AC= programas (citología, planificación familiar...)
AC= TRABAJO FUERA DEL CENTRO
AC=ACTIVIDADES EN DOMICILIO
AC=SEGUIMIENTO DE CRÓNICOS
ación comunitaria ¿
actitud
actitud dubitativa
actiu
actividades comunitarias
actividades comunitarias: mejora

actividades de salud de la comunidad
CALIDAD DE VIDA
CAMBIO DEL MODELO SANITARIO
CHARLAS/CONFERENCIAS
cita para el inicio del capítulo 5.
concepción
CONCEPCIÓN BASADA EN EJEMPLOS
concepción derrotista
concepción: educación para la salud
concepcion: orientación comunitaria
confusión participación con colaboración o trabajo intersectorial
CONFUSION PROMOCIÓN CON PREVENCIÓN
definición
desconocimiento de la práctica
DESTINATARIOS
diagnóstico de salud
dificultades
dificultades: traslado de profesionales
EJEMPLOS DE AC
emociones
en el plan de participación ci..
EPS = MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE SALUD
ePS PARA EL USO DE LOS SERVICIOS
ESCASO PODER DE CAMBIO POR LOS PROFESIONALES
evaluación
evolución de la IC
Hacia afuera
IC = PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
Lo que yo entiendo es que atie..
MANEJO DE GRUPOS
motivos de incorporación AP
Muchas veces la población pues..
opinión
opinión sobre los usuarios
organización de la jornada laboral
orientación comunitaria
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA = AC
perfil profesional
plantilla
Por que además los tema de prom..
práctica
práctica: contenido del trrabajo en primaria
práctica: desmotivación profesional
práctica: diagnóstico de situación
práctica: dificultades
práctica: dispositivos externos
práctica: duración de la jornada laboral
práctica: equipo de salud
práctica: evaluación
práctica: formación
práctica: formación continuada
práctica: formación previa
práctica: objetivos de gestión
práctica: organización del trabajo
práctica: participación comunitaria
práctica: responsabilidad
práctica: reunión de equipo
práctica: trabajo con grupos
práctica: valoración
práctica:atención continuada
práctica:dificultades
práctica:trabajo intersectorial
práctica:trabajo voluntario
prácticas: conocimiento de activos en salud

prácticas: relación internivel
problemas de la población
PROFESIONALES IMPLICADOS
promocion de la salud
PROPOSITO
Pues trabajar con la comunidad..
REPRESENTACIÓN SOCIAL SOBRE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS
RESPONSABILIDAD
RESPONSABILIDAD en la práctica
RESPONSABILIDAD TEMÁTICA
RESPONSABILIDAD: DIRECCIÓN DE DISTRITO
RESPONSABILIDAD: DIRECCIÓN DEL CENTRO
SENTIDO DE UTILIDAD DEL CONCEPTO
todas las que se desarrollan c..
TRABAJO CON GRUPOS
trabajo intersectorial
Trabajo por la población
TRABAJOA DEMANDA DE LA COMUNIDAD
valor
VALORACIÓN
valoración de las necesidades de la población