

MESA DEL PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención

Profesionales y sociedad en el siglo XXI: ¿Qué futuro tienen las actividades de orientación comunitaria?

Moderador:

L.A. López Fernández

Médico de familia. Comité Permanente del PACAP. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ponentes:

M. Soler Torroja

Médico de familia. Coordinador del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).

J.M. Aranda Regules

Médico de familia. Centro de Salud San Andrés Torcal, Málaga.

V. Casado Vicente

Médico de familia. Centro de Salud Parquesol, Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

J.F. García Gutiérrez

Médico de familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Profesionales y sociedad en el siglo XXI: ¿qué futuro tienen las actividades de orientación comunitaria?

L.A. López Fernández

Resumen

Se propone que la Mesa reflexione sobre las actividades de orientación comunitaria y participación social en el marco del perfil profesional y la práctica cotidiana en los centros de atención primaria. Valorar la situación actual y pensar en términos del futuro que ya podemos entrever.

Objetivos

1. En primer lugar, presentación por parte del Coordinador del PACAP de «Las Mesas del PACAP».
2. En segundo lugar, aportar un panorama sobre la presencia real de este tipo de trabajo profesional en nuestro entorno, en el país, a nivel europeo y en otros continentes. ¿Se realizan este tipo de acciones? ¿Sabemos algo sobre el tipo de trabajo comunitario que se lleva a cabo? ¿Cuál es la previsible evolución de este componente del perfil profesional?
3. En tercer lugar ¿tenemos pruebas sobre la eficacia de algunas de estas acciones? ¿Sobre qué tenemos pruebas, sobre qué no, qué «fuerza» tiene esta evidencia? ¿Existen nuevas perspectivas en relación al papel de los pacientes y la sociedad? ¿Se plantean «nuevas prácticas de orientación colectiva»?
4. Por último proponemos una reflexión sobre el papel que puede tener este componente del perfil profesional en el futuro que ya podemos prever. Las prácticas comunitarias... ¿pueden ser un espacio de innovación y adaptación al cambio de los médicos ante la crisis que suponen la globalización, las nuevas tecnologías y los dilemas éticos que se nos presentan?

Presentación de las mesas redondas del programa de actividades de Atención Primaria. Una iniciativa con vocación de permanencia

M. Soler Torroja

En Julio de 1996 la Junta Directiva de semFYC aprobó los objetivos y contenidos del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, iniciándose entonces su desarrollo. Aquella decisión fue fruto de la reflexión y el análisis sobre la escasa orientación comunitaria del trabajo de los médicos de familia y de la Atención Primaria y era expresión de la apuesta de la Sociedad por el pleno desarrollo de su perfil profesional y de las funciones de los centros de salud. Ya entonces se tenía plena conciencia de que muchos de los problemas de salud más prevalentes como las toxicomanías y el alcoholismo, los accidentes, los estilos de vida que condicionan riesgo cardiovascular, la salud mental, la inmigración y el riesgo de exclusión social y la dependencia, entre otros, tienen un origen multicausal y su atención eficaz requiere de un abordaje multisectorial y comunitario, siendo necesaria la intervención coordinada de diferentes instituciones y otros servicios comunitarios así como la activa participación de la ciudadanía. Los médicos de familia nos sentimos impotentes tratando inútilmente de dar respuesta desde la consulta médica a múltiples problemas cuyo origen es psicosocial y cuyo abordaje eficaz habría de ser multisectorial, con participación de todos los recursos comunitarios. El PACAP se justifica en que para la promoción de salud, función de los médicos de familia y la Atención Primaria, es imprescindible la cooperación intersectorial así como las actividades de intervención y participación comunitaria y la activa participación de los ciudadanos y sus organizaciones.

En Octubre de 2004 la Junta Directiva de la semFYC aprobó el «Plan Estratégico para promover actividades comunitarias en los centros de salud como estrategia de promoción de salud (años 2004 a 2010)» considerando que el PACAP aún no ha conseguido ser suficientemente conocido por los profesionales de Atención Primaria ni interesar a un número importante de éstos, principalmente médicos de familia, con lo que su incidencia real sobre su práctica profesional y las actividades que se realizan en los centros de salud es aún escasa. El Plan Estratégico para los años 2004 a 2010 es el instrumento que da forma y concreción a la decisión de la semFYC de mejorar lo que sigue siendo una deficiencia de la práctica profesional de los médicos de familia y de la atención que se presta desde los centros de salud y busca el fortalecimiento del PACAP como instrumento para ello.

Uno de los objetivos del Plan Estratégico es precisamente contribuir a la difusión de la pertinencia y viabilidad de las actividades comunitarias en el ámbito de la Atención Primaria, y mejorar la difusión de los objetivos y actividades del PACAP. Es por ello que en el año 2005 la Junta Directiva de semFYC estableció la norma de que en todos sus congresos anuales habrá de celebrarse una Mesa sobre orientación comunitaria organizada por el PACAP. Con ello se garantiza que la atención comunitaria estará presente en todos los congresos de semFYC, creando un espacio que favorezca también la presentación de comunicaciones y experiencias por parte de los asistentes, de lo que dependerá en buena parte el éxito de las Mesas en años sucesivos.

¿Intervención comunitaria en la medicina de familia? algunas reflexiones desde la práctica

J.M. Aranda Regules

El moderador de la mesa, en una reunión para preparar su contenido, planteaba mi intervención partiendo de una afirmación y haciéndome una pregunta. «La sociedad ha cambiado vertiginosamente en los últimos años ¿cómo esta cambiando tu práctica para ajustarse a este nuevo mundo?» El esfuerzo que hice para no contestar con una frase hecha me dejó un poco perplejo, porque reconozco que lo que hago ahora es distinto a

lo que hacia hace 25 años pero el cambio no me parece que sea la expresión de un ajuste a las necesidades de una nueva sociedad (a los que atiendo, a mi cupo, a los que podría atender). Esta forma de pensar (lo que hacemos los médicos debería ajustarse a las necesidades sociales) que compartimos el Dr. López Fernández y yo es el resultado de nuestra historia profesional.

1. Porque en España la Medicina de Familia nació bajo el patrocinio de la Salud Pública, y creo no equivocarme al decir que mi generación de médicos de familia fue el grupo más potente de salubristas de la década de los 80 en nuestro país.

Entendíamos que, como componente de la Atención Primaria, la medicina de familia tenía como finalidad fundamental mejorar el nivel de salud de la comunidad. Nuestro trabajo iba mas allá de ver pacientes que demandaban asistencia en consultorios y domicilios. Esto ya lo hacían los médicos generales en los ambulatorios de la Seguridad Social, y la medicina de familia era algo distinto.

Sin embargo la puesta en práctica de los Centros de Salud puso en crisis el modelo. Los instrumentos que heredamos de la Salud Pública eran poco útiles en el trabajo cotidiano de un Centro de Salud, simplemente por cuestiones de tamaño en su ámbito de aplicación. El Diagnóstico de Salud y los métodos de planificación integral eran poco o nada coste/efectivos: la ausencia de información fiable a nivel micro, la inestabilidad de las tasas, la presión de la demanda como prioridad reconocida, la interferencia con otros niveles de planificación que normatizaban y elaboraban programas, hizo que en la práctica no se usaran de forma generalizada. Se transplantaron definiciones geográficas u organizativas de comunidad no aplicables en nuestro ámbito lo que llevo a fracasar en muchas experiencias de participación comunitaria.

Pero, como digo, la crisis era INSTRUMENTAL y no cuestionaba las metas. Bajo la premisa de que nuestra finalidad seguía siendo mejorar la salud pública, iniciamos un camino de reelaboración de instrumentos de trabajo e incorporación de nuevos paradigmas de acción. La epidemiología de ciclo corto, los métodos mixed-scanning (focal-estratégica) de planificación, la estrategia de riesgo, la incorporación de la información cualitativa en diagnósticos y evaluaciones, la reformulación de los conceptos de acción social en salud y participación comunitaria en la línea del movimiento de Promoción de Salud, el marketing social y de servicios, son ejemplos de ese esfuerzo, que en nuestro caso concreto se plasmaron en una publicación (Aranda 1994).

Pero la realidad no corría por ese camino. Las experiencias en los Centros de Salud de todo el Estado se multiplicaban y, aunque los que participábamos aprendíamos mucho de ellas, no consolidaban un modelo de atención que nos hacía bajar del pedestal de la Medicina y tendía puentes a la realidad social.

2. Con la publicación de White Paper del Gobierno Thatcher (y sus correlatos españoles, informe Abril etc), se inició la segunda reforma sanitaria del país: lo que J. Irigoyen (Irigoyen 2005) describe como «gerencialismo». Este, pasa a ser la cultura dominante del sistema sanitario y pone en crisis, esta vez CONCEPTUAL, a los defensores del «salubrismo». La visión que los gerencialistas tienen de la sanidad pública es la de una empresa eficiente de producción de servicios a un coste aceptable y que genera satisfacción en los usuarios. La piedra angular del modelo es la separación de funciones según la lógica del mercado: unos son los que pagan (financiadores) y quieren saber lo que compran, otros los que gestionan (gestores), que si no sacan beneficios por lo menos no generan déficit no deseados, y otros los que producen (productores) a los que se les exige calidad en todas sus dimensiones y decisiones clínicas coste efectivas. Y esta visión también tiene sus importantes correlatos en la práctica:

- Es un requisito definir con precisión los «productos tangibles» (cartera de servicios) de la empresa, asignarles un valor, medir su producción y relacionarla con el coste. Lo que no esta en los presupuestos (y en contrato-programa consecuentemente) no existe.

- La orientación de la empresa es hacia la resolución de la demanda personal de servicios de forma satisfactoria (demora cero).

- Se reconoce la autonomía de las decisiones clínicas, pero estas deben ser de «calidad». Calidad es hacer lo correcto, correctamente y esto viene definido por los grados de evidencia científica que sustentan las decisiones clínicas (papel de la MBE en la definición de buena práctica). Desde este punto de vista hay «profesionales de calidad» que son reconocidos por la empresa en una «carrera profesional»

- Se crea el concepto de Gestión Clínica (es decir gestionar lo que los clínicos hacen que implique gasto). La gestión clínica se basa en un sistema de incentivos económicos (productividad) que se consiguen si se cumplen los objetivos del contrato programa. La planificación estratégica (los Planes de Salud, es decir la Salud Pública) no se articula con la gestión y practica cotidiana.

El «gerencialismo» (entre cuyos promotores, como en el «salubrismo», hay destacados médicos de familia) colocó fuera del sistema todas las practicas profesionales que no se derivaban de demandas individuales. La participación social en salud no tiene sentido, ni siquiera como legitimador del sistema (se busca una organización receptiva a las señales individuales de los clientes a través, por ejemplo de las reclamaciones) y las actividades relacionadas con la intervención comunitaria que se mantienen, lo hacen a fuerza de voluntarismo de «viejos rockeros» (¿fue alguna vez de otra forma?). La presión de la demanda asistencial y la ampliación de la oferta de servicios preventivos individuales «políticamente correctos», ha recludo al medico en su consulta (incluso la participación de los médicos de familia en las visitas domiciliarias esta cayendo progresivamente). El Centro de Salud como «organización inteligente multiprofesional» capaz de definir su propia estrategia de servicios, ha sido sustituido por la firma /aceptación del contrato-programa por el Director-Coordinador, al que más se le exigen funciones de transmisor de instrucciones que de gestor.

3. Pero volvamos a la pregunta que daba origen a esta reflexión. «La sociedad ha cambiado vertiginosamente en los últimos años ¿cómo esta cambiando tu práctica para ajustarse a este nuevo mundo?»

Después de escribir estas líneas me reafirmo en mi impresión inicial: la modificación de mi practica profesional en estos veinticinco años ha tenido poco que ver con los cambios en la sociedad y mucho con la orientación de la organización para la que trabajo y el avance científico mediado por el sistema profesional.

Pero es mas, los que experimenté desde mi paso de medico de APD en un pueblo de la sierra de Madrid en 1977 a medico de familia del Centro de Salud de Cartuja en Granada en 1981, tampoco se debieron a cambios en la sociedad a la que atendía, sino a la puesta en practica de las ideas del movimiento de medicina familiar y comunitaria.

Ni uno, ni otro... pero hay una diferencia. Cuando recorría el «Polígamo de Cartuja» contando los establecimientos públicos que había para el Diagnóstico de Salud (pocos, ningún banco, algunas tascas y bares con muebles de formica donde desayunaban familias gitanas enteras pan con mantequilla y escuchaban a los Chinguitos) se me abrieron las orejas a la escucha de la complejidad de eso que llamamos salud y enfermedad y que parece ser el objeto de nuestro trabajo. Conservo y he desarrollado esa escucha, pero a diferencia de entonces, hoy me siento solo y aislado en mi consulta: como recludo.

Quizás sea útil reformular la pregunta inicial hacia terrenos menos personales: ¿tiene sentido, en la sociedad actual, un medico de familia orientado hacia la salud pública? ¿la intervención comunitaria desde los servicios de Atención Primaria responde a necesidades reales de la sociedad? ¿La participación social en salud aporta algo a los servicios sanitarios? ¿Atención Primaria de Salud debe ser meramente asistencia médica primaria? Hace 15 años cuando enseñaba Promoción de Salud en la Escuela Andaluza de Salud Pública, estas eran preguntas retóricas para los alumnos, con respuestas pensadas de antemano. Ahora, como medico asistencial del Centro de Salud San Andrés-Torcal de Málaga con el 78% de mi tiempo de trabajo dedicado a ver pacientes en consulta (el resto es 6% a terapia grupal del tabaquismo; 2% a visita domiciliaria, 14% a trabajo administrativo, la investigación la hago por las tardes en mi casa) las respuestas tienen implicaciones directas en la reorientación de mi practica (afortunadamente no las tengo y puedo seguir haciendo lo que hago con la conciencia tranquila)

4. Intervención comunitaria como parte del trabajo del medico de familia en la sociedad actual... pero, ¿que es la sociedad actual? ¿Qué características tiene que impliquen cambios necesarios de la orientación de nuestra práctica? Desde luego, no soy el más adecuado para contestar a estas preguntas, pero quiero señalar dos características que me parecen especialmente significativas.

La sociedad invisible. Posiblemente una de las características más llamativas de la sociedad actual sea su opacidad, la necesidad de interpretar el presente para comprenderlo. Es sorprendente, que un mundo donde prima lo visual, lo inmediato, lo directo, lo material, se articule de forma que su comprensión necesite de iniciados que nos muestren sus claves.

Innerarity (D. Innerarity 2004), cita dos causas para este fenómeno: la complejidad social y la difuminación de los límites de lo «real». Vivimos en escenarios, donde apariencia y realidad cada vez son términos más lejanos: ver no es lo mismo que comprender. Desde el punto de vista de la estabilidad social esto tiene sus innegables ventajas: lo real es cada vez menos evidente (las guerras no matan, tienen efectos colaterales; no se despiden trabajadores, se ajustan plantillas; el malestar en los servicios de salud es anecdótico, los objetivos se cumplen) y lo virtual (lo ideal) ocupa su lugar de forma creíble porque se hace experienciable (se ve, se toca, se huele, se oye, se cuenta). El principio de realidad se difumina y prima el principio del placer para aquellos grupos sociales que no viven los conflictos en su carne.

Lo que vemos puede no ser reflejo de lo que pasa, pero además lo que pasa puede estar escondido. La fragmentación social y la crisis de legitimidad de las instituciones (sindicatos, partidos, organizaciones comunitarias, instituciones del estado, etc) dificultan que salga a la superficie el malestar de los distintos grupos. Esto implica que la mayor parte de las dinámicas sociales importantes estén sumergidas, contribuyendo a su invisibilidad a los ojos de un observador externo al grupo que las genera. Nuestra empresa es un ejemplo vivo de cómo se construye esa realidad virtual que definen los contratos programa. Los potentes sistemas de información generados por los «gerencialistas» tienen el punto débil común a todos ellos: el falso de los datos a instancias del poder. Esto ha pasado siempre, lo nuevo es la complicidad de todos los niveles de producción de información para generar esa imagen virtual (y cómoda) de unos servicios de salud perfectos. Los conflictos quedan sumergidos y los «efectos colaterales» se externalizan a las porciones más débiles del sistema (normalmente a los usuarios y la plantilla sin plaza).

La tendencia gerencialista de colocar la práctica médica en el campo de lo individual, lo concreto, el aquí y ahora (ahistórico) y a aislarla de la realidad social lleva inevitablemente a escuchar solamente «las demandas de los sectores sociales capaces de generar una voz más simétrica con el sistema profesional» (Irigoyen). El resto de las demandas o no llegan a la consulta o no son escuchadas. Vivimos en un mundo feliz.

Es dramático ver a compañeros salir desesperados de la consulta después de intentar atender a emigrantes a los que no entienden (no solo por el idioma), a residentes que lo único que esperan de los pacientes son descripciones precisas de síntomas de guías clínicas al uso, a expertos en bioética (¿de quienes?) intentando que comprendamos que la prioridad de nuestros clientes es conocer la legislación reciente sobre el testamento vital. Y es verdad que todos estos problemas existen hace tiempo, lo nuevo es la falta de un marco conceptual para abordarlos (y la comodidad que supone no hacerlo). Solo tenemos datos.

El resultado es que las dinámicas de salud/enfermedad y las necesidades que se derivan de ellas de los grupos más desfavorecidos, permanecen sumergidas e ignoradas por el sistema. Los indicadores bien, gracias

La sociedad del riesgo. Dicen que la aplicación de la ciencia a la producción de mercancías fue el origen de la sociedad moderna. En la sociedad posmoderna el mercado se ha apoyado otra vez en la «Ciencia» para hacer una nueva revolución: la industria de la prevención, la industria del miedo. La sociedad del riesgo es la articulación social que responde a un nuevo proceso de *nominación* de lo humano. Se trata de definir perfiles personales y conductas asociándolas estadísticamente a rasgos individuales o ambientales observables, cada uno de ellos expresa la probabilidad de que lo no deseado ocurra, y sugieren actuaciones preventivas centradas en el individuo. Estas nuevas categorías sociales (maltratador, víctima, terrorista, violador, anciano frágil, riesgo cardiovascular, mobbing, bullying) avalladas por la «ciencia», se configuran como verdaderas categorías del conocimiento y se publicitan en los medios científicos y de comunicación. Aparecen nuevos expertos que las tratan, se crean comisiones institucionales, se dotan recursos sociales para enfrentarlas, nuevos sistemas de registro que las consolidan (las hacen realidades contables) como las enfermedades de hoy.

En esta ideología apoyada en $p < 0,05$, se ignora la dimensión histórica, social, biográfica y relacional de los comportamientos humanos, al fin y al cabo los riesgos no tienen más fundamento que el estadístico.

Las consecuencias para nuestro trabajo son evidentes (Hinojosa 2006):

- Cambiamos en el registro de la experiencia del otro, que deja de ser una persona concreta para pasar a ser un miembro de un grupo homogéneo (catalogado, clasificado y determinado en función del factor de riesgo potencial para sí mismo o para otros).

- Nos vaciamos de responsabilidad e implicación personal: pone directamente en contacto «el caso» con un protocolo de abordaje científicamente fundado o si no hay respuesta adecuada, con el experto que se hace cargo.
- Creamos límites (las fronteras de seguridad de los individuos para no sobrepasar un cierto nivel de peligro potencial) y dispositivos de seguridad (vital, laboral, de salud, de consumo) para prevenir el riesgo de vivir.

La seguridad es un anhelo humano más profundo que la libertad. Y la industria de la prevención (desde la de automóviles a la farmacéutica), en las sociedades desarrolladas, nos vende soluciones para minimizar las consecuencias de nuestros impulsos peligrosos. Si los pobres no pueden pagarlo, que lo pague el Estado.

5. Recluidos en nuestra consulta, ignorantes de lo que se cuece en el barrio y en la mente de los pacientes menos parecidos a nosotros, amparados por la evidencia científica y estimulados por la productividad, evaluamos riesgos cardiovasculares, hacemos cirugía menor, damos bajas laborales por mobbing y hasta usamos el ecógrafo. Nuestra meta es la «calidad de la asistencia», ser unos buenos técnicos. Nuestra preocupación son los 10 minutos por paciente, para poder cumplir lo que nos piden. Es verdad que no entendemos a los emigrantes ni a los jóvenes, que muchas veces asistimos a problemas que nos superan como el maltrato, que alguna gente tiene «mucha jeta» cuando pide la baja. Pero al fin y al cabo ¿Qué podemos hacer? Son problemas sociales, no médicos.

6. En España la Sanidad Pública, junto con la Escuela Pública, son el mecanismo más potente de integración social que tenemos. La salida a la luz de los emigrantes ilegales se produce porque se dan de alta en los servicios sanitarios públicos («en mi país la gente se muere sin asistencia médica», me decía hace unos meses una boliviana con lágrimas de agradecimiento en los ojos). El asunto es saber si el médico de familia del siglo 21 es a la altura de esa escucha, necesaria especialmente para los grupos sin voz pública. Después de muchos años, creo que lo básico que aporta la medicina comunitaria a la medicina de familia es la fractura del castillo médico y su capacidad para tender puentes con la realidad social. Temo, que su abandono no solo nos aisle, sino que nos convierta en técnicos analfabetos sin instrumentos para abordar la complejidad del trabajo cotidiano y en ese mundo virtual donde solo esperamos salir del trabajo lo antes posible.

Soy pesimista, porque creo que las tendencias de desarrollo del sistema de salud van por otro camino, pero creo que el movimiento de médicos de familia tiene la responsabilidad social de repensar su historia y sacar conclusiones para que los residentes puedan entender que hay otra forma de hacer las cosas.

Además, puede ser nuestra contribución para evitar la fractura social que hemos visto en Francia en los últimos meses.

Si hay escucha, hay sujeto, si hay sujeto hay acción, si hay acción, es posible el cambio

Agradecimientos

Estas reflexiones no habrían sido posibles sin las discusiones con Luis Andres López Fernández y las enseñanzas de Juan Irigoyen.

Bibliografía

- Aranda, JM (editor). Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud. ED. Díaz de Santos Madrid 1994.
- Hinojosa, S. Lo que inventan los jóvenes. Coloquio de psicoanálisis en la ciudad. Granada 2006.
- Innerarity, D. La sociedad invisible. ED Espasa Calpe. Madrid 2004.
- Irigoyen Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. Comunidad 2005. p. 73-9.

Un panorama de las prácticas de orientación comunitaria en Europa y su reflejo en los programas formativos de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

V. Casado Vicente

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria publicado en el BOE de 3 de mayo de 2005¹ se caracteriza por:

- La incorporación en la formación de los valores profesionales del médico de familia,

TABLA 1 **Objetivos formativos del área docente de competencias en relación a la comunidad. Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. 2005**

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 2 **Formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria en Europa**

País	Tiempo Años	H/CS	Programa formativo nacional	Rotaciones prefijadas	Contenido teórico-práctico	Examen final obligatorio	Responsables de la formación	Obligatorio para la práctica	Recertificación
Alemania	5	=/=	Sí	No	80h	Sí	G/P	Sí	No
Austria	3	+/-	Si	Si		Si	G/P	Si	No
Bélgica	4	-/+	No	No	440h	Sí	U	Sí	Sí
Croacia	3	=/=	Sí	Sí	9M.	Sí	U	Sí	Sí
Dinamarca	5	+/-	Sí	Sí	200h	No	G/P	Sí	No
Estonia	3	=/=	Sí	Sí	180h	Sí	U	Sí	Sí
Eslovaquia	3	+/-	Sí	No		Sí	G/P	Sí	Sí
Eslovenia	4	=/=	Sí	No	400h	Sí	G/P	Sí	Sí
España	4	=/=	Sí	Sí	300h	No	G/P	No	No
Finlandia	6	-/+	Sí	No	120h	Sí	U	Sí	No
Francia	3	+/-	Sí	No	150h	No	U	Sí	No
Gran Bretaña	3	=/=	Sí	No	360h	Sí	G/P	Sí	Sí
Grecia	4	+/-	Sí	Si	No	Si	U	Sí	No
Holanda	3	-/+	Sí	No		No	U	Sí	Sí
Hungría	5	-/+	Sí	Sí	300h	Sí	U	Sí	Sí
Irlanda	4	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Islandia	5	+/-	No	No		Sí		Sí	No
Italia	2	+/-	Sí	No	400h	Sí	G/P	Sí	Sí
Lituania	3	+/-	Sí	Sí	600h	Sí	U	Sí	Sí
Luxemburgo	3	-/+	No	No				Sí	No
Malta	4	-/+	No	No				Sí	No
Noruega	5	-/+	Sí	No	420h	No	G/P	No*	Sí
Polonia	4	=/=	Sí	Sí	264h	Sí	U	No*	No
Portugal	3	-/+	Si	Si	180h	Sí	G/P	Si	No
Rep Checa	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Rumania	3	=/=	Sí	No		Sí	U	No	Si
Suecia	5	-/+	Sí	No	2000h	No	U	Sí	No
Suiza	5	+/-	No	No		Sí	G/P	No	No

Tomado de Euract (WONCA) 2004.

H= hospital; CS Centro de Salud; U= Universidad; G/P= gobierno/profesión; No*= no pero con pago diferente

TABLA 3 Contenidos genéricos y específicos de MF en la formación especializada de los países de la UEMO en 2003

País	AF	AC	Comunicación	QA	Rc	Ética	Prevención	Pat Cron	Atención adicciones	MBE	Invest	Niño	Anciano
Eslovenia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Austria		+				+							
Bélgica	No data												
Croacia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dinamarca	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Finlandia		+	+	+	+	+				+	+		
Alemania		+		+	+	+	+	+	+		+	+	+
Hungría	+		+			+	+	+				+	+
Islandia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Irlanda	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Italia		+	+	+				+		+	+		
Luxemburgo	No data												
Holanda	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Portugal	+												
España	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Suecia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Suiza		+	+	+	+	+	+					+	+
Eslovaquia	No data												
UK	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

AF: Atención a la Familia; AC: Atención a la Comunidad; QA: gestión de la calidad; RC: razonamiento clínico; Pat. Cron: atención a patologías crónicas; MBE: Medicina basada en la evidencia; Invest: investigación.

- La revisión del perfil profesional.
- La incorporación de competencias esenciales: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética
- La adaptación a las necesidades sociales y sanitarias
- La profundización en las competencias que se consideran «específicas» del médico de familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad.
- El desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.
- La ampliación de los entornos docentes

La salud comunitaria conforma un pilar clave del perfil profesional del especialista en medicina familiar y comunitaria. Así el nuevo programa de la especialidad lo recoge como una de sus cinco áreas competenciales y determina claramente que la atención comunitaria forma parte de las funciones del MF y para ello define objetivos de competencia (tabla 1), conocimientos, actitudes y habilidades a manejar, metodologías docentes, lugares y tiempos de aprendizaje así como evaluaciones recomendadas. La actividad comunitaria está presente en muchos países de nuestro entorno europeo y entre los requisitos que precisa para su desarrollo está la competencia de los profesionales en esta área.

Hace unos años analizamos en la revista Comunidad la presencia de la orientación comunitaria de la medicina de familia en algunos países europeos y americanos² y es indudable que esta presencia tiene mucho que ver con el tipo de sistema sanitario, con los objetivos y prioridades del mismo, sus sistemas de organización y coordinación y con la formación de los MF en cada país. Los contenidos formativos y los tiempos de duración de la formación especializada en MFyC están sufriendo una evolución espectacular en los últimos años en la Unión Europea. Así en una década hemos pasado de programas formativos de 2-3 años en los diferentes países europeos a que la MF sea una de las 18 especialidades universales es decir que está presentes en todos los países de la UE y su reconocimiento en ellas es automático, con tiempos de formación que se extienden de 3 a 5 años. Esta evolución ha llevado a que en la actualidad haya 15 países cuyo tiempo de formación es de 3 años, 5 países de 4 años (entre los cuales se encuentra España), 6 países de 5 años y hasta un país (Finlandia) donde la formación es de 6 años (tabla 2). Tanto la Unión de Médicos de Familia de Europa (UEMO)³, como WONCA⁴ o Euract⁵ define la orientación comunitaria como un ele-

mento definitorio de la MF y recomiendan su presencia en todos los programas formativos^{3,4}.

El objetivo de esta ponencia es valorar su presencia en estos países y su reflejo en los programas formativos de la especialidad de medicina de familia/medicina general.

Hacer un estudio comparativo de la situación de cualquier especialidad a nivel europeo en la actualidad tiene su nivel de complejidad porque los mismos hechos pueden tener un significado diferente según en el contexto en el que se dé. Por esta razón, antes de analizar las diferentes realidades de Europa tenemos que enmarcar estos programas formativos en sus realidades, que están condicionadas por una parte, por sus sistemas formativos y educativos, y por otra parte, por sus sistemas sanitarios. Así en la formación médica observamos dos grandes tendencias en la formación médica europea: el Modelo anglosajón y el Modelo centro europeo. A estas diferencias de modelos educativos se unen las diferencias en modelos sanitarios. En Europa, básicamente, ha habido dos modelos de configuración sanitaria:

- El modelo Beveridge creador de los modelos de sistema nacional de salud, presentes en países de influencia anglosajona: Reino Unido, Holanda, países nórdicos, y en países del sur de Europa. Estos modelos son modelos planificados de asistencia, con un papel importante para la Atención Primaria que se convierte en su puerta de entrada. En estos modelos el desarrollo del postgrado en Medicina de Familia ha sido más evidente y claro.

- El modelo Bismarkiano cuya influencia ha estado en el centro de Europa y así modelos como los sistemas sanitarios de Francia, Alemania, Bélgica se enmarcan en él. Mientras que la financiación es pública en ambos sistemas, el aseguramiento es múltiple en estos y la gestión es privada. Así los médicos de familia en general trabajan en el sector privado, no son la puerta de entrada al sistema, son pagados por acto médico y suelen trabajar solos.

Los países del modelo Beveridge han sido más sensibles a los cambios de la Medicina de Familia y sus postgrados se han elaborado más e incluso si la formación ha tenido continuidad entre entidades responsables del pregrado y postgrado han generado más cambios en sus pregrados que en el resto. De hecho es en estos países donde más se han desarrollado los departamentos universitarios de Medicina de Familia.

En esta presentación se intentará ver a través de los diferentes programas de postgrado en Medicina de Familia las diferencias (tabla 2 y 3) que se establecen en:

- Programas formativos
 - Presencia de contenidos esenciales (o genéricos) y específicos de la MF.
- Se observa que los países incluidos en la UEMO incluyen formación en coordinación y participación comunitaria en 14 de los 19 incluidos en su estudio comparativo efectuado en 2004³ y que los países con mayores niveles de desarrollo formativo y con sistemas sanitarios pivotando sobre la AP tienen mayor desarrollo de su apartado de formación en orientación comunitaria.

Conclusiones

- No estamos solos en el «universo de lo comunitario» en Europa, ni en su desarrollo ni en su aspecto formativo.
- La formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en salud y atención comunitaria es un eje principal de desarrollo no sólo para la salud comunitaria en sí, sino para la propia especialidad ya que es una de sus «especificidades».

Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Formación de Especialistas: Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Accesible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>
2. Casado V. «De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria». *Comunidad*. 1999(2):82-9.
3. UEMO 2004/034. Policy document on specialist training. UEMO. 2004. Accesible en: <http://www.ssmg.ch/pdf/UEMO%202004-034.pdf>
4. WONCA Europe. The European Definitions of General Practice/Family Medicine: The Key Features of the Discipline of General Practice, The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the Generalist. EURACT 2005. Accesible en <http://www.euract.org/html/page03f.shtml>
5. Euract. GP/FM training schemes in Europe. Specialist training. Euract 2003. Accesible en: <http://www.achg.be/modules/euract/>

«Tendiendo puentes»: de la evidencia científica a las nuevas propuestas en las actividades de orientación comunitaria

J.F. García Gutiérrez

Ideas clave

La evaluación crítica de la evidencia científica disponible sobre las intervenciones en salud se ha convertido en un desafío y en una imperiosa necesidad. ¿Dónde se encuentra la evidencia de la evidencia y hasta qué punto ésta puede condicionar nuevas propuestas de orientación comunitaria?

1. Se realizará un análisis crítico de la evidencia existente sobre la eficacia de las actividades comunitarias, y se propondrá un catálogo con las fuentes de información más relevantes disponibles en Internet.
2. Se examinarán las «lecciones aprendidas» sobre las estrategias de implementación y evaluación de las actividades comunitarias.
3. Se presentarán algunas propuestas novedosas basadas en la utilización de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TICs).

A modo de introducción

Las tendencias actuales en el campo de la promoción de la salud mantienen que los programas de orientación comunitaria (POC) continúan siendo la estrategia fundamental para conseguir cambios en los comportamientos de riesgo y en el nivel de salud de la población. Este enfoque centrado en la comunidad se ha desarrollado progresivamente durante las últimas décadas, y ha supuesto un claro desplazamiento del énfasis desde el individuo hacia las influencias sociales y ambientales, como reflejan los modelos ecológicos de salud.

Los POC emplean múltiples intervenciones para modificar el comportamiento en individuos, en grupos poblacionales y en organizaciones, incorporando a menudo estrategias para crear políticas favorecedoras y cambios medioambientales. Algunos elementos clave de los POC hasta el momento han incluido: a) movilización de las comunidades para que participen activamente en la consecución de las metas de los programas de salud; b) implementación de actividades en diversos escenarios (inclu-

yendo centros de trabajo, lugares de culto religioso, centros sanitarios y escuelas); c) utilización de distintas estrategias de intervención a nivel individual (incluyendo concursos y competiciones, programas de autoayuda, medios de comunicación y participación en programas de screening); y d) desarrollo de intervenciones medioambientales (por ejemplo, la promoción de alimentos saludables en restaurantes y supermercados, o iniciativas de política sanitaria general).

Dada la relevancia que las actuaciones comunitarias han adquirido dentro de la práctica (y la política) de la salud pública, resulta esencial clarificar cuáles son las formas más efectivas para conseguir cambios en la salud de la comunidad – y cuáles además están basadas en la evidencia científica disponible – de cara a planificar la «nueva generación» de programas de prevención y promoción de la salud para el futuro.

Un futuro, que en nuestro medio, sigue planteando «viejos conocidos desafíos»:

- Desafíos políticos: el envejecimiento, la salud mental, la infancia y la juventud –fuera y dentro del ámbito escolar–, la inmigración o las comunidades marginales.
- Desafíos sanitarios: problemas clásicos como la salud cardiovascular y el cáncer, o el impacto del tabaco, el alcohol y la drogadicción.
- Desafíos sociales: temas con creciente notoriedad pública como la salud bucodental, la nutrición y la seguridad (*risk management*).
- Equidad en salud, como objetivo fundamental de casi todas las estrategias de promoción de la salud.

Reconsiderando las actividades de orientación comunitaria: Promesas, resultados y potencialidades

La evidencia de la evidencia

La salud pública contemporánea se ha centrado en programas de orientación comunitaria para realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, la evidencia científica acumulada durante los últimos 20 años indica que, a nivel poblacional, estos programas han tenido poco o nulo impacto en cambiar los comportamientos de riesgo y en los resultados de salud, con la notable excepción de algunas experiencias de prevención del VIH/SIDA. Varias revisiones sistemáticas confirman estos resultados, no por inesperados menos reales¹⁻⁶.

¿Por qué el impacto ha sido tan limitado? Se han postulado numerosas razones para tratar de explicar el aparente fracaso de los programas de intervención comunitaria. La mayoría de las explicaciones propuestas en la literatura estarían incluidas en alguno de los siguientes apartados:

1. *Limitaciones metodológicas* en el diseño de los estudios y en las formas de evaluación. (Destacan aspectos relacionadas con el bajo poder estadístico, las dificultades para detectar diferencias significativas, o la utilización de diseños cuasi-experimentales y de técnicas cualitativas)
2. *Tendencias seculares* poblacionales concurrentes (que junto con los sesgos de contaminación) dificultan la observación de cambios significativos en las conductas de riesgo de las comunidades.
3. *Tamaño del efecto menor de lo esperado*. La evidencia disponible sugiere que los programas basados en la comunidad suelen obtener efectos mucho menores del 20%-30% –que son los niveles típicos esperados de las intervenciones en salud–⁷. Una revisión de los resultados obtenidos en los grandes estudios de intervención comunitaria muestra que la mayoría de los cambios tuvieron efectos menores del 5%, y nunca mayores del 15%¹.
4. *Errores Tipo III*, es decir, restricciones de las propias intervenciones y/o de la aplicación de estrategias de implementación. En este apartado se concentran muchos de los argumentos que tratan de justificar los modestos resultados científicos de las intervenciones comunitarias. Sobre todo se plantean las debilidades en la implementación y se apela a la intensidad y duración limitadas de las intervenciones, al insuficiente espectro de actividades, y a la baja penetración dentro de la comunidad. También se apunta la falta de especificidad de muchas intervenciones sobre los mecanismos causales (*surrogate outcomes*)⁸ y que las poblaciones diana y las medidas de resultados empleadas son demasiado amplias y heterogéneas para detectar posibles cambios⁹.
5. *Limitaciones de los marcos teóricos*. Los modelos integrales de intervención –que actúan simultáneamente sobre el entorno social y ambiental y en el ámbito individual– son muy difíciles de conseguir. La mayoría de las experiencias de orientación comunitaria disponibles no se han acompañado de los cambios normativos (jurídicos) y políticos, que teóricamente se consideran «imprescindibles» para poder obtener resultados de gran

envergadura. A esto deberíamos añadir la creciente dificultad para generar «capacidades comunitarias» en temas de salud. Sobre todo, si tenemos en cuenta el confuso contexto de interacción actual entre las fuerzas sociales, económicas y políticas, que está generando «nuevas formas de vida comunitaria» cuyo alcance desconocemos.

Los argumentos expuestos no son mutuamente excluyentes, y ninguno puede considerarse por sí mismo como dominante o más creíble. En conjunto, ilustran las dificultades a las que nos enfrentamos para evaluar las intervenciones de orientación comunitaria y conseguir impacto a nivel poblacional.

La notable excepción –dentro de las prevalentes limitaciones de la promoción de la salud con orientación comunitaria– se encuentra en la prevención del VIH. El éxito obtenido por algunos programas en esta área para modificar comportamientos sexuales y de consumo de drogas demuestra el potencial que siguen teniendo ciertas intervenciones comunitarias para conseguir mejoras en la salud pública. La efectividad de estos programas parece estar relacionada, al menos en parte, con tres factores críticos: *a)* conseguir la implicación activa de la comunidad en el desarrollo y puesta en marcha de las intervenciones; *b)* centrarse en el cambio de normas sociales para lograr cambios en los comportamientos individuales; y *c)* ajustar la población diana a grupos relativamente pequeños y homogéneos, con una clara percepción de la naturaleza y el grado de riesgo⁶.

Buenas prácticas y lecciones aprendidas

Muchas personas y grupos implicados consideran que las actividades de orientación comunitaria son «autos de fe», y que organizar programas comunitarios involucrando a miembros de la comunidad en la planificación, implementación y evaluación son –aunque no exista evidencia científica– estrategias efectivas para mejorar la salud de la población¹⁰. Sin embargo, numerosos observadores coinciden en que estos programas deberían demostrar su impacto en los cambios de comportamiento y en los resultados en salud^{11,12}, y así evitar que se dilapiden recursos públicos y privados en estrategias con limitada evidencia de efectividad.

La única forma de resolver este dilema es «tender puentes entre la investigación y la práctica», y promover mejoras continuadas en el diseño y en la evaluación de resultados de las actividades comunitarias.

Para aquellos interesados en esta dinámica, se encuentra disponible en Internet una página-web (con una aceptable versión en español) que contiene diversos recursos para la mejora de las actividades comunitarias, y que puede ser de enorme utilidad práctica:

Community Tool Box:
<http://ctb.ku.edu/index.jsp>

Nuevos formatos de orientación comunitaria (tabla 1)

Finalmente, y como última aportación con intereses personales, quisiera plantear dos preguntas abiertas a la audiencia para la reflexión:

TABLA 1
Selección de recursos en Internet relacionados con las actividades de orientación comunitaria en salud

En español

PACAP ☺☺

Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (pacap.net)
<http://www.pacap.net/>

Página web de la Red de Actividades Comunitarias (RAC), uno de los instrumentos de la semFYC para incorporar al trabajo habitual de los profesionales de atención primaria de salud prácticas de calidad realizadas con grupos y comunidades.

La RAC se concibe como una red de grupos en acción, pertenecientes o con algún tipo de conexión con un centro de salud y que están llevando a cabo alguna actividad de participación o intervención comunitaria, y tiene los siguientes objetivos: *a)* Facilitar los contactos y el intercambio de información entre grupos que realizan prácticas comunitarias; *b)* difundir experiencias de orientación comunitaria que puedan convertirse en «ejemplos de buena práctica profesional»; *c)* estimular la puesta en marcha de acciones comunitarias mediante la diversidad de iniciativas generadas por los participantes en la red; *d)* generar metodologías y materiales potencialmente útiles para el trabajo comunitario y con grupos; *e)* facilitar la constitución de equipos multicéntricos para la investigación; *f)* aportar a la comunidad científica una base de datos utilizable para la investigación, y *g)* avanzar en el marco teórico de la orientación comunitaria, sintetizando la aplicación práctica conocida mediante la red.

Revista «Comunidad» ☺☺

<http://www.pacap.net/es/publicaciones/revista.html>

Publicación periódica del PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria), cuyo núcleo básico lo constituye una sección denominada «Contactos», en la que aparece información básica sobre las actividades comunitarias adscritas a la RAC (Red de Actividades Comunitarias).

SCADPlus ☺

Marco general para las actividades comunitarias a favor de los consumidores

<http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/l32030.htm>

Legislación de la Unión Europea (UE) que establece un marco general de actividades y de prioridades en materia de política de los consumidores

y de protección de su salud, y sobre cuya base se financian proyectos específicos con fondos comunitarios.

Los proyectos seleccionados deberán contribuir a la protección de la salud, la seguridad y los intereses económicos de los consumidores, así como a la promoción de su derecho a la información, a la educación y a organizarse.

UIPES-IUPHE ☺☺☺

Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud

<http://www.iuhpe.nyu.edu/>

http://www.iuhpe.org/index_Spanish.shtml

La UIPES tiene ya medio siglo de vida y la razón de su vitalidad reside en el hecho de ser una asociación mundial de individuos y de organizaciones, de carácter único, dedicada a la mejora de la salud de la población mediante la educación, la acción comunitaria y el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud. Los miembros incluyen agencias gubernamentales, universidades, instituciones, ONGs y profesionales de todo el mundo. La UIPES descentraliza su actividad a través sus diversas oficinas regionales. Además colabora estrechamente con la OMS, UNESCO, UNICEF y con otras organizaciones intergubernamentales, como la Comisión Europea, con el fin de influir y facilitar la elaboración de estrategias y proyectos de promoción de la salud. A través de su página-web (que tiene una versión en español) accede también al Programa Mundial sobre Efectividad de la Promoción de la Salud (GPHPE – Global Forum for Health Promotion dialogue)

En el año 2000, la IUPHE publicó un interesante informe especial (traducido al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo) titulado: «La evidencia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública de la nueva Europa».

Guía de Actividades Comunitarias (Toolkit) ☺☺

http://www.omhrc.gov/healthgap/espanol/toolkit2004_esp4.htm

Sección en español de la página-web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, que reúne información y recursos útiles para intentar disminuir las disparidades de salud en entornos transculturales.

Continúa en página siguiente

TABLA 1 Selección de recursos en Internet relacionados con las actividades de orientación comunitaria en salud. *Continuación*

En inglés

The Community Guide ☺☺☺☺

<http://www.thecommunityguide.org/>

Un página-web muy útil para seleccionar intervenciones efectivas de orientación comunitaria, y que está avalada por el National Center for Health Marketing and the Community Guide Partners del CDC de Atlanta (USA). Filtra la literatura científica más relevante sobre problemas específicos de salud, y la resume en términos de efectividad, eficiencia económica y viabilidad de las intervenciones para promover la salud comunitaria y prevenir la enfermedad. Además categoriza los resultados de las revisiones sistemáticas según grados de evidencia y realiza recomendaciones. Es también una buena fuente para identificar áreas prioritarias de investigación en salud. ¡No se la pierda, no lo lamentará!

Community Tool Box (CTB) ☺☺☺☺

<http://ctb.ku.edu/index.jsp>

A través de este sitio- web se accede a más de 6000 páginas con información práctica para apoyar a aquellos que trabajan en el desarrollo y la promoción de la salud comunitaria. Está mantenida –desde 1995– por el Grupo de Promoción de la Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Kansas en Lawrence (USA) en colaboración con AHEC/Community Partners en Amherst, Massachussets, y aún sigue creciendo y mejorando. Entre otras, contiene secciones sobre liderazgo, planificación estratégica, participación y acción comunitaria, estrategias de implementación y técnicas de evaluación. Dispone de una «discreta» versión en español. ¡Una referencia imprescindible!

Communities That Care (CtC) ☺☺

<http://www.communitiesthatcare.org.uk/>

CtC es un programa de prevención con orientación comunitaria desarrollado en el Reino Unido y dirigido a los jóvenes. Sus objetivos fundamentales son abordar y reducir la criminalidad y los comportamientos antisociales, el abuso de drogas (incluido el alcohol), el fracaso escolar y el embarazo en adolescentes. Durante los últimos 6 años, el CtC ha sido pionero en promover nuevos formatos de actividades «con base en la comunidad y basadas en la evidencia», y ha conseguido que en sus proyectos sean los propios jóvenes quienes estén al mando de la planificación y el desarrollo comunitario.

EUROPREV - European Network for Prevention and Health Promotion ☺

<http://www.europrev.org/>

Página-web de la Red Europea de Prevención y Promoción de la Salud en Medicina de Familia y Medicina General. Esta red que funciona desde 1995 y se encarga de organizar dos reuniones anuales (una de ellas coincidiendo con el Congreso de la WONCA) en las que se debaten temas específicos de prevención y promoción comunitaria en el ámbito de la Atención Primaria.

Selección de recursos temáticos en Internet para la planificación de actividades de orientación comunitaria en prevención y promoción de la salud. ☺☺☺

Evaluación general

National Public Health Performance Standards
www.naccho.org/project48.cfm

MAPP: Mobilizing for Action through Planning and Partnerships
www.naccho.org/project77.cfm

APEX-PH: Assessment Protocol for Excellence in Public Health
www.naccho.org/project47.cfm

Priorización de objetivos

Healthy People 2010 objectives

www.healthypeople.gov

Healthy People 2010 Leading Health Indicators

www.healthypeople.gov/LHI/

HEDIS: Health Plan Employer Data Set performance measures

www.ncqa.org/Programs/HEDIS/

Selección de intervenciones

Guide to Clinical Preventive Services

www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm

Guide to Community Preventive Services

www.thecommunityguide.org

National Guideline Clearinghouse (Guías de Práctica Clínica)

www.guideline.gov

Implementación de intervenciones y evaluación de resultados

www.preventioninfo.org

(Colección de recursos sobre implementación de actividades de promoción)

Framework for Program Evaluation in Public Health

www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4811.pdf

Resources for implementing interventions (Community Tool Box):

<http://ctb.ku.edu>

Cancer Control PLANET: plan, link, act, and network with evidence-based

<http://cancercontrolplanet.cancer.gov>

Revistas de referencia

American Journal of Health Promotion

<http://www.healthpromotionjournal.com/>

The American Journal of Health Promotion, was launched in 1986 as the first peer reviewed journal devoted to health promotion and it remains the largest, with subscribers in all 50 United States and about 40 other countries. Our editorial goal is to provide a forum for the many diverse disciplines that contribute to health promotion and to reduce the gap between health promotion research and practice. The goal of our organization is to raise the standard of health promotion research and practice through publications, meetings and public service.

Health Promotion International

<http://heapro.oxfordjournals.org/>

Impact factor (2005): 1.159

Health Promotion International responds to the move for a new public health throughout the world and supports the development of action outlined in the Ottawa Charter for Health Promotion. The quarterly journal is an Official Journal of the International Union for Health Promotion and Education, and is published in association with the World Health Organization. It contains refereed original articles, reviews and debate articles on major themes and innovations from various sectors including education, health services, employment, government, the media, industry, environmental agencies and community networks

European Journal of Public Health

<http://eurpub.oxfordjournals.org/archive/>

Impact factor (2005): 1.118

The European Journal of Public Health is a multidisciplinary journal in the field of public health, publishing contributions from social medicine, epidemiology, health services research, management, ethics and law, health economics, social sciences and environmental health.

- ¿Cuál es el papel que el Internet y las TICs (nuevas tecnologías) están jugando en la actualidad dentro de las actividades de orientación comunitaria en salud?
- ¿Cuáles creen ustedes que podrían ser sus usos en el futuro? (teniendo en cuenta que quienes fueron los niños de la «Generación Playstation» han dejado de serlo)

Bibliografía

1. Merzel Ch, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potencial. *Am J Public Health*. 2003;93:557-74.
2. Kreuter M, Lezin N, Young L. Evaluation community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners. *Health Promot Pract*. 2000;1:49-63.
3. Roussos ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:369-402.
4. Cheadle A, Beery WL, Wagner E, et al. Conference report: community-based health promotion—state of the art and recommendations for the future. *Am J Prev Med*. 1997;13:240-3.
5. Feinleib M. Editorial: new directions for community intervention studies. *Am J Public Health*. 1996;86:1696-1697.
6. Kelly JA. Community-level interventions are needed to prevent new HIV infections. *Am J Public Health*. 1999;89:299-301.
7. Fishbein M. Great expectations, or do we ask too much from community-level interventions? *Am J Public Health*. 1996;86:1075-1076.
8. Goodman RM, Liburd LC, Green-Phillips A. The formation of a complex community program for diabetes control: lessons learned from a case study of Project DIRECT. *J Public Health Manag Pract*. 2001;7:19-29.
9. Rindskopf D, Saxe L. Zero effects in substance abuse programs: avoiding false positives and false negatives in the evaluation of community-based programs. *Eval Rev*. 1998;22:78-94.
10. Cheadle A, Beery WL, Wagner E et al. Conference report: community-based health promotion—state of the art and recommendations for the future. *Am J Prev Med*. 1997;13:240-3.
11. Altman DG, Endres J, Linzer J, Lorig K, Howard-Pitney B, Rogers T. Obstacles to and future goals of ten comprehensive community health promotion projects. *J Community Health*. 1991;16:299-314.
12. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thompson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*. 1998;317:465-9.