

# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## XV ENCUENTRO DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (PACAP)

### Conferencia inaugural: Los nuevos escenarios de las participaciones en salud

#### Ponente:

Juan Irigoyen  
*Sociólogo, Universidad de Granada, Granada, España*

### Los nuevos escenarios de las participaciones en salud. Resumen de la conferencia

#### Juan Irigoyen

*Sociólogo, Universidad de Granada*

La profunda crisis que se produce en el presente es un acontecimiento que trasciende la dimensión económica y pone fin a un largo período de crecimiento de los derechos y de la equidad, que se corresponden con la expansión del sistema sanitario público. La crisis vigente es inseparable de un proceso de reestructuración de todo el sistema económico y social, del que resulta un nuevo escenario, muy diferenciado al de las últimas décadas. En este nuevo contexto se producen nuevas políticas sanitarias que suponen una reestructuración de gran alcance del sistema sanitario público y de la asistencia sanitaria. La gran envergadura de los cambios contrasta con su opacidad, así como las transformaciones que se vienen produciendo sin la participación política efectiva de todos los intereses presentes, de los profesionales y de la población.

El proceso de reestructuración económica y social afecta negativamente a importantes sectores sociales, como los desempleados, los subempleados, los trabajadores precari-

zados, los pensionistas y jubilados, los jóvenes sin empleo y otros sectores sociales. Estos sectores tienen peores condiciones de vida, que se relacionan con sus comportamientos en relación con el valor salud, que en esta situación se encuentra devaluado, así como peor acceso a la asistencia sanitaria. Esta realidad no está bien visibilizada, en tanto que los afectados se encuentran infrarrepresentados en el sistema político y en los medios de comunicación.

Por estas razones es preciso distinguir en la nueva situación entre varias participaciones en salud. La voz de los sectores sociales con mayores recursos está bien representada en las políticas sanitarias, pero no así la de los sectores perjudicados por la crisis y la reestructuración. Para estos es muy importante plantear las participaciones en el plano micro (local o sectorial) adaptadas a su nueva situación, así como un incremento de la intervención, pero, además, sus intereses tienen que estar presentes en las decisiones de las políticas sanitarias en el plano macro.

En el nuevo escenario hay 3 dimensiones que adquieren una gran importancia: el posicionamiento de los profesionales ante los conflictos que se derivan de los retrocesos de la asistencia para los sectores perjudicados por la crisis; los nuevos sentidos profesionales en un contexto restrictivo y dualizado, y la presencia activa en los mundos emergentes de internet y las redes sociales. Estar a la altura de la nueva situación requiere tener la capacidad de inventar, de revisar y de adaptarse a las nuevas realidades. Es el tiempo de simultaneizar la participación micro con la macro.

## Mesa 1: Cómo desarrollar la salud comunitaria

### Moderador:

**Jesús Sepúlveda Muñoz**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Dirección de la UGC Alameda Perchel, Distrito Sanitario Málaga, Málaga, España. Coordinador del GdT Tercer y Cuarto Mundo de la semFYC. Responsable del PACAP en Andalucía*

### Ponentes y contenido:

#### 1. Trabajo en red de la salud comunitaria

**Mario Soler Torroja**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia. Tutor de Residentes en la UD de MFyC de Murcia, Murcia, España. Responsable de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP*

#### 2. Investigación y evaluación cualitativas: escuchando a la comunidad

**Eva Bolaños Gallardo**

*Psicóloga, Especialista en Investigación Cualitativa en el Ámbito de la Salud*

#### 3. Atención primaria-salud pública, ¿cómo nos entendemos?

**Rosana Peiro Pérez**

*Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana*

## Cómo desarrollar la salud comunitaria

### Jesús Sepúlveda Muñoz

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Dirección de la UGC Alameda Perchel, Distrito Sanitario Málaga, Málaga, España. Coordinador del GdT Tercer y Cuarto Mundo de la semFYC. Responsable del PACAP en Andalucía*

### Presentación a la Mesa

Partimos de la definición de actividad comunitaria en salud como toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades.

Cada uno de nosotros trabajamos en un centro de salud con una situación diferente en cuanto a la organización, a los profesionales, y en cuanto a la comunidad en la que trabajamos.

Si queremos que de forma efectiva aumente la participación social en nuestros centros de salud debemos aceptar que esta sea de naturaleza multiforme y variada, porque así es la sociedad en la que trabajamos y así son nuestros centros.

En esta mesa, con la ayuda de 3 personas expertas en salud comunitaria vamos a intentar exponer distintos enfoques sobre cómo llevar a cabo actividades de salud comunitaria

en nuestras zonas básicas de salud, aumentando nuestra motivación y habilidades para plantear actividades de salud comunitaria y de promoción de la salud.

## Trabajo en red en salud comunitaria

### Mario Soler Torroja

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia. Tutor de Residentes en la UD de MFyC de Murcia, Murcia, España. Responsable de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP*

Aun teniendo en cuenta la variabilidad en el trabajo de los centros de salud de los 17 servicios sanitarios de las distintas comunidades autónomas, probablemente habría consenso sobre el insuficiente desarrollo de la atención comunitaria en el ámbito de la atención primaria de salud. Las actividades de intervención y participación comunitaria que se vienen desarrollando en algunos cientos de centros de salud en toda España son poco conocidas, lo que aumenta la sensación de excepcionalidad de dichas prácticas. La dificultad de dar a conocer a través de publicaciones científicas muchas de las experiencias se debe, en parte, a que las normas de publicación de la mayoría de las revistas no permiten publicar este tipo de acciones, a lo que se suma la escasa cultura para publicar entre los profesionales que realizan actividades comunitarias.

Es imprescindible desarrollar instrumentos muy dinámicos y flexibles para dar a conocer las acciones de salud comunitaria que se realizan, sus objetivos, metodologías y resultados, y con ese fin la semFYC, a través de su Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) (<http://www.pacap.net/pacap/>), diseñó en el año 1997 la Red de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (RAC). En el año 2000, la RAC contaba ya con 124 actividades que se desarrollaban en 72 centros de salud de toda España<sup>1</sup> y han ido experimentando un incremento paulatino (fig. 1). El objetivo de la RAC no es solo el de compartir información sino el de favorecer la interacción entre los grupos que participan en las actividades comunitarias adscritas, contrastar metodologías y resultados, así como poder compartir sus materiales y herramientas y, sobre todo, para ello queda aún mucho camino por recorrer<sup>2</sup>. El fin último de la RAC es el de promover el desarrollo de la atención comunitaria a través de acciones de intervención y participación de la mayor calidad posible, partiendo del conocimiento de que la salud no es un asunto individual, de la importancia de los determinantes sociales y de tratar de influir sobre ellos<sup>3</sup>.

Hay otras redes de acciones comunitarias para la promoción de la salud con fines similares a los de la RAC, de ámbito estatal y autonómico, lo que puede conllevar la fragmentación no solo de la información sino también de esfuerzos y estrategias para la salud comunitaria. En el año 2012 se inició un proceso de especial interés, fruto de la alianza de semFYC a través del PACAP y del Observatorio de Salud en Asturias (OBSA) y su red Asturias Actúa, fusionándose en una red compartida a la que se accede indistintamente desde las *web* de ambas instituciones (<http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua/> y <http://www.pacap.net/pacap/buscador-rac/>), una red renovada que aúna esfuerzos, conserva las denominaciones iniciales (Red PACAP y Red Asturias Actúa) y respeta las particularidades de cada una de ellas participando en una red común. Una nueva red a la que se pueden incorporar nuevas actividades a través de ambas organizaciones indistintamente, según decisión de los profesionales que se incorporan, pudiendo identificarse la vía de adscripción. La red incorpora una herramienta de búsqueda por comunidades autónomas, municipios, población diana, metodología utilizada y por pa-

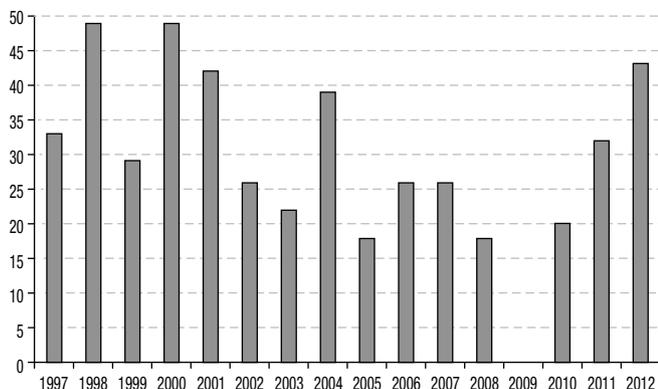
labras clave. Proporciona información resumida o ampliada de cada actividad y permite contactar con el responsable de cada una buscando la interacción deseada.

En el presente año 2013 se está gestando un importante acuerdo de colaboración entre un significativo número de instituciones de toda España para una alianza comunitaria para el desarrollo de una gran red de actividades comunitarias y de activos de salud.

El trabajo en red y la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación pueden jugar un papel fundamental para el desarrollo de la atención comunitaria, tratando de evitar la fragmentación y siempre que las herramientas que se diseñen favorezcan realmente compartir las distintas experiencias y consigan la interacción entre los profesionales que las desarrollan. Si las redes para la atención comunitaria se limitan a ser bases de datos como fuente de información, aun siendo esto importante, se habrán desaprovechado grandes fortalezas y oportunidades para la salud comunitaria y la intervención sobre sus determinantes. El gran reto para el futuro ha de ser generar un lugar de encuentro para la salud comunitaria, no sólo de profesionales sino del conjunto de la ciudadanía que trata de intervenir desde el conocimiento científico sobre los determinantes de la salud. La red de redes que se está gestando a través de la alianza mencionada representará un gran paso en esta dirección.

## Bibliografía

1. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández L. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias. *Aten Primaria*. 2002;29:26-32. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v29n01a13025583pdf001.pdf>
2. Soler Torroja M. Red de Actividades Comunitarias: haciendo visibles las experiencias de muchos centros de salud. *Comunidad*. 2012;14:166.
3. Montaner I, Pasarín MI, Foz G. La salud: ¿un asunto individual...? *AMF*. 2012;8:374-382. Disponible en: [http://www.amf-semfyc.com/web/download\\_articuloPDF.php?idart=1015&id=03\\_NO\\_TODO\\_ES\\_CLINICA\(3\).pdf](http://www.amf-semfyc.com/web/download_articuloPDF.php?idart=1015&id=03_NO_TODO_ES_CLINICA(3).pdf)



**Figura 1.** Incorporación de actividades comunitarias a la RAC de 1997 a 2012.

## Investigación y evaluación cualitativas: escuchando a la comunidad

**Eva Bolaños Gallardo**

*Psicóloga, Especialista en Investigación Cualitativa en el Ámbito de la Salud*

Esta presentación pretende realizar un acercamiento a las posibilidades de los estudios cualitativos en el ámbito de la salud.

Las acciones encaminadas a la protección de la salud de la población requieren conocer las diversas concepciones de salud, las formas de afrontar las enfermedades, el acceso y el uso a los servicios sanitarios, la interacción entre profesionales y población usuaria, los aspectos menos visibles del funcionamiento de los servicios sanitarios...; para ello es necesario incorporar metodologías de investigación abiertas, con diseños emergentes, que tengan como núcleo el análisis del lenguaje, con su capacidad de reflejar y construir la realidad.

El planteamiento que quiero desarrollar parte de la necesidad de conocer las perspectivas de las personas inscritas en escenarios de vida específicos. Esta propuesta nos invita a comprender sus prácticas desde las coordenadas existenciales en las que habitan; desde las claves de lo cotidiano; despojándonos de la tiranía de los modelos individualistas que tienden a culpabilizar a las personas de lo que hacen y de lo que les ocurre, y apelan a la fuerza de voluntad como único motor del comportamiento humano.

Adoptando una óptica integral, es esencial considerar la complejidad de muchas de las intervenciones sanitarias, así como tener en cuenta el sentido ético y político de estas. Resulta necesario conocer y tener en cuenta las situaciones, experiencias y necesidades de las diferentes personas con las que trabajamos. Se trataría de generar espacios de comprensión donde la subjetividad confluya con las estructuras y el orden social. Desde este ángulo es necesario analizar aspectos relacionados con el marco de referencia de los y las usuarias (conocimientos, opiniones, vivencias, valores y creencias vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención), psicológicos (motivación, estado de ánimo, emociones), como otros relativos al entorno cercano (familia, redes de apoyo social, ocio), condiciones materiales de existencia (empleo, vivienda, acceso a recursos) y dimensiones como el sexo, la clase social, la edad, el lugar de procedencia, la orientación sexual y la discapacidad. La investigación cualitativa pretende aprehender esta complejidad.

Los hábitos de las personas constituyen un entramado en el que, de forma compleja, confluyen creencias, actitudes, afectos, emociones, etc., ligadas y trabadas entre sí. El personal de salud cuestiona y aconseja sobre los comportamientos y prácticas que constituyen la existencia cotidiana de las personas, en definitiva, cuestiona y aconseja sobre la vida y la muerte de estas, pudiendo, en esta interacción desigual, imponer la dominación de un conjunto de sentidos y significados ajenos y extraños a la población.

Además, en el desarrollo de este proceso cada profesional puede resignificar y redefinir las prácticas aprendidas a lo largo de su trayectoria profesional; en parte, como resultado de las diversas interacciones a través de las cuales se va moldeando. Entre los diferentes colectivos profesionales

que se ocupan de la salud y la enfermedad también hay diferencias y desigualdades. Incluso dentro de cada colectivo se producen discrepancias, de modo que emergen diversos posicionamientos en torno a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria. De hecho, para la investigación cualitativa, las ideologías y prácticas del personal sanitario y de los equipos de trabajo, así como las lógicas y códigos imperantes en las instituciones sanitarias, constituyen un campo de estudio de gran interés.

Por tanto, para la investigación cualitativa es necesario “meterse dentro”, ahondar, profundizar, conocer las experiencias y captar los significados que estructuran la realidad analizada. Una de sus premisas fundamentales es que el conocimiento de la realidad social requiere comprender los puntos de vista de quienes la viven. La cuestión es “recrear” cómo los miembros de un grupo perciben, sienten, vivencian y construyen su mundo. Por tanto resulta fundamental conocer cómo interaccionan los diferentes mensajes y normas dados desde las instituciones sanitarias con las representaciones que tienen las personas. En esta misma línea, es necesario tener presente que la población no es homogénea. Los distintos colectivos humanos ocupan diferentes posiciones en el seno de la sociedad, y construyen prácticas diferentes en relación con la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

Recoger y tener en cuenta la diversidad y pluralidad de la realidad social es fundamental para desarrollar transformaciones en esta.

La investigación cualitativa puede contribuir a este fin, ya que escuchar y recoger las voces y miradas de las personas con las que trabajamos implica reconocer e incorporar su criterio y legitimar su derecho a ejercer como sujetos activos del proceso. No hay que olvidar que al trabajar en salud los criterios que se deben utilizar desde una perspectiva ética deben apoyarse sobre los principios de las personas y sus derechos, y han de ser asumidos por las personas que participan en el proyecto y por aquellas a quienes va dirigido. Por tanto, la participación de la comunidad debería existir en todos los niveles (estudio de la situación, determinación de las necesidades, establecimiento de prioridades, reconocimiento y búsqueda de recursos, definición de objetivos, trabajo de campo, evaluación del proceso). La metodología cualitativa facilita que las perspectivas y opiniones de la ciudadanía estén incorporadas en estas diferentes fases a las que hemos hecho alusión.

El sentido y la utilidad de las acciones sanitarias dependerán, en gran medida, de que conozcamos y tengamos en cuenta el contexto y el patrimonio histórico, social y cultural de los distintos actores sociales involucrados mediante la construcción de espacios y escenarios de investigación que permitan la observación y el diálogo.

## Mesas de Experiencias

Las Mesas de Experiencias Comunitarias son un espacio de diálogo sobre algunos elementos esenciales de la acción comunitaria para la mejora de la salud de la comunidad (“salud comunitaria”) a partir de la presentación de experiencias que los participantes envíen a la Jornada, seleccionando a las que destaquen por su temática, trabajo, originalidad, y se agruparán en 3 mesas simultáneas.

De las comunicaciones recibidas, el Comité ha seleccionado 12 de ellas para que sean presentadas en las Mesas de Experiencias y crear un espacio de diálogo. Las temáticas sobre las que versarán las Mesas han sido escogidas entre las temáticas más recurrentes entre las comunicaciones enviadas:

- Trabajo en red.
- Gobernanza-gobernabilidad.
- Desigualdades sociales.
- Modelos de acción comunitaria.
- Planificación.
- Trabajo en equipo.
- Participación comunitaria.
- Conocimiento de la comunidad.
- Horizontalidades-verticalidades.
- Evaluación.

### Mesa de Experiencias: Trabajo en red-trabajo en equipo

**Moderador:**

Josep Lluís de Peray Baiges  
Consultor en Agencia Salud Pública de Cataluña

**ID 16**

**Desde la comunidad, en busca de la tuberculosis perdida: intervención de un equipo de salud comunitaria**

Isabel Claveria Guiu, Hakima Ouaarab Essadek, Eniko Vicsai, Abdallah Denial, Tahir Rafi y Núria Serre Delcor

Sección de Salud Comunitaria Drassanes-Vall d'Hebron, Barcelona, España

**Introducción:** La Organización Mundial Salud estima que cada año hay 9,4 millones de casos nuevos de tuberculosis (TB). España es uno de los países de Europa Occidental con

mayor prevalencia. Los cambios demográficos producidos en la población explican que en comunidades con mayor inmigración en situación vulnerable, los casos de TB representen el 30-50%. Esto comporta nuevos retos en las estrategias de control. Desde 2008, el equipo de salud comunitaria de nuestra unidad está desarrollando el proyecto: “Implementación de Estrategias de Prevención y Control de Tuberculosis”.

**Objetivos de la experiencia:** Disminuir las desigualdades en salud de poblaciones inmigrantes vulnerables y fortalecer el trabajo en red para la prevención y control de la TB.

**Población diana:** Comunidades con desigualdades de salud. Casos perdidos de TB pulmonar en población inmigrante.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Incorporar agentes comunitarios de salud (ACS) para intervenir a nivel individual (búsqueda activa), grupal (talleres) y comunitario (sensibilización).

**Resultados:** De 2008 a 2012 se intervino en 238 casos perdidos de TB (Marruecos, África Subsahariana, Asia, Latinoamérica, Europa del Este). Cerrados con éxito 165 (70%) y 513 estudios contactos. Realizados 64 talleres con colectivos inmigrantes, 3 sesiones con profesionales de la salud, 12 campañas sensibilización. Formados 66 ACS y 9 educadores de iguales. Elaborado material educativo audiovisual en diferentes idiomas.

**Conclusiones:** Los buenos resultados obtenidos respaldan la continuidad de esta intervención. La incorporación del ACS, el trabajo coordinado y en red de los equipos de vigilancia epidemiológica está siendo una buena estrategia para la prevención y control de la TB a nivel individual y comunitario.

**ID 64**

**Ampliando redes: el reto de integrar salud pública y atención primaria en el territorio**

Eva Fàbrega Sánchez, Maria Cinta Daufí Subirats, Frederick Miller, María Teresa Romera y Josep Roma Millán

Grupo Operativo red AUPA

**Introducción:** Se presenta la experiencia de una red autónoma de centros de salud (CS) iniciada en 2004 con 8 CS. Objetivos de la red al inicio: crear y difundir el modelo de atención comunitaria en atención primaria (APS) y compartir experiencias de los CS para avanzar en la definición del modelo comunitario en 2 encuentros anuales.

**Objetivos de la experiencia:** Responder al crecimiento de la red en CS y a la reforma de la salud pública (SP) en nuestra comunidad que potencia la promoción de la salud y crea equipos locales de SP.

**Población diana:** CS de la red y profesionales de SP.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Alianza con la SP. Contactos con responsables autonómicos de SP para plantear la colaboración. Curso de formación de asesores en salud comunitaria en 2010. Participaron profesionales de APS y de los equipos locales de SP. Descentralización de la red. Se potencia el foro de discusión en la red y se continúa con un encuentro anual.

**Resultados:** En 2013 la red cuenta con 74 CS y ha incorporado a profesionales de SP. Se han creado 4 redes locales de salud comunitaria que integran CS de la red, otros CS y profesionales de los equipos locales de SP. Se ha consolidado el foro de discusión como espacio de debate, de consulta y de compartir buenas prácticas.

**Conclusiones:** Valoramos positivamente la evolución de la red en los últimos años. La flexibilidad de la red permite adaptarse a los nuevos retos de la salud comunitaria. Actualmente se plantea integrar nuevos actores a nivel local.

## ID 89 Activos XL

Manuel Sarmiento Cruz<sup>a</sup>, Maria Estrades Valens<sup>b</sup>, Pilar Rubio Capellá<sup>b</sup>, Beatriz Alonso<sup>a</sup>, Francisca Bestard<sup>a</sup> y Edwin Riquelmer Puerto Lara<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Son Gotleu, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup>Ajuntament de Palma, Palma de Mallorca, España

**Introducción:** Se ha detectado que la población mayor, principalmente mujeres, viven en situación de aislamiento y con falta de relaciones sociales que no les hacen llegar a los servicios y actividades lúdicas del barrio.

**Objetivos de la experiencia:** Favorecer un espacio de encuentro entre iguales que posibilite construir una mínima red relacional. Activar su participación en la comunidad. Combatir el aislamiento y fomentar el ocio basado en la participación en actividades y prevenir el deterioro cognitivo.

**Población diana:** Personas mayores de 65 años que habitan en el sector (6 barrios) y en situación de riesgo por aislamiento social, pero con suficientes capacidades físicas/psíquicas para posibilitar las relaciones con los demás.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Desde servicios sociales del Ayuntamiento y en colaboración con agentes sociales y, en

especial, de los centros de salud se organizó el proyecto. Una psicóloga, una trabajadora social y una trabajadora familiar (pagadas por el Ayuntamiento) se encargaban de realizar y coordinar las diferentes actividades dirigidas a gente mayor. Se estableció un centro social, facilitado por el Ayuntamiento. La selección de la población se realizaba directamente desde servicios sociales o a través de las asociaciones de vecinos, centros de salud, “boca a boca”, etc. Los temas de las actividades eran primeramente propuestos por las coordinadoras, pero el grupo es quien debía proponer temas de interés.

**Resultados:** *Asistencia media:* 30 personas semanalmente. *Total:* 52 este curso. Se han realizado talleres de memoria, expresión corporal, manualidades, salidas culturales, actividades intergeneracionales (lectoescritura con niños de 5.º-6.º) y 3 organizadas por el centro de salud (pendientes 2 más).

**Conclusiones:** Se ha creado un espacio de encuentro entre gente mayor que vive sola, con gran implicación y cohesión del grupo y sentimiento de pertenencia al grupo. Se han realizado actividades que ponen en contacto el grupo con el resto de la comunidad. Se ha realizado educación para la salud y de prevención de aislamiento social.

## ID 92 La crisis en atención primaria, intervención grupal

Ana María Bárzano Cruz<sup>a</sup>, Manuel Anguita Romero<sup>b</sup>, Rocío Martos Guardeso<sup>c</sup> y Selene García Perea<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Consultorio Santo Ángel CS la Alberca, Murcia, España

<sup>b</sup>Unidad de Salud Mental Loja, Loja, Granada, España

<sup>c</sup>CS Cartuja R2 MFyC, Granada, España

**Introducción:** Intervención grupal interdisciplinar entre el equipo de salud mental y el de atención primaria de una Zona Básica de Salud.

**Objetivos de la experiencia:** Generar un espacio para la reflexión participativa fomentando el intercambio y la adquisición de conocimientos, implementando la autocrítica. Detectar focos de conflictos. Facilitar el despliegue de estrategias de intervención terapéutica con los usuarios. Potenciar mecanismos para prevenir “burnout”.

**Población diana:** Equipo de atención primaria.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Consiste en 3 reuniones mensuales celebradas en un espacio cerrado; los participantes se sientan formando un círculo cerrado. Además de la población diana hay un conductor (psiquiatra) y un observador (enfermera de salud mental). El método de conducción es grupo-analítica basado en participación no directiva. En la

primera reunión se presentan los participantes, se explica el mecanismo de funcionamiento y se decide la temática para las próximas reuniones. En la segunda hablan de “la crisis” en los usuarios y se aclaran conceptos de salud mental sobre el “proceso ansiedad, depresión, somatización”. La última reunión versa sobre “cómo afecta la crisis al equipo de atención primaria.

**Resultados:** Compromiso por parte de los asistentes de continuar con este espacio para la comunicación dentro del equipo y de forma interdisciplinar, de forma periódica.

**Conclusiones:** Esta actividad crea un espacio de comunicación dentro del equipo y de forma interdisciplinar, en el que, además de aclarar conceptos teorico-prácticos, se analizan los mecanismos de protección del grupo y se facilita el despliegue de estrategias de intervención adaptadas a las peculiaridades de cada profesional.

## Mesa de Experiencias: Modelos de acción comunitaria

**Moderador:** Juan Antonio García Pastor

*Especialista en Medicina de Familia, Responsable Autónomo del PACAP en Canarias, Centro de Salud Sta. María de Guía, Sta. Cruz de Tenerife, España*

ID 40

### Uso del 2.0 para el crecimiento y mejora de un programa de salud

**Estrella María Lalueza Lafuente<sup>a</sup> y Alicia Màrquez Vidal<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>ABS Almacelles, Almacelles, Lleida, España

<sup>b</sup>ABS Rambla Ferran, Lleida, España

**Introducción:** En Cataluña, desde el año 2004, se lleva a cabo el programa “Salut i Escola” que tiene como objetivos diagnosticar de manera precoz problemas de salud en la población adolescente, prevenir conductas de riesgo y promocionar la salud y los hábitos de vida saludable. Una enfermera es referente en cada instituto de educación secundaria adherido al programa

**Objetivos de la experiencia:** Utilización de las nuevas tecnologías para hacer más asequible a los adolescentes la “consulta oberta”. Se trata de la consulta ofrecida en los centros educativos con el objetivo de aproximar la intervención de la enfermera a los adolescentes en materia de educación para la salud.

**Población diana:** Estudiantes de educación secundaria obligatoria de los centros de Lleida adheridos al programa Salut i Escola.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Utilización de diferentes redes sociales (Messenger, Facebook, Twitter, Tuenti) para atender las demandas realizadas a través de la “consulta oberta” cuando la enfermera no se encuentra en el centro educativo.

**Resultados:** El número de consultas es mayor vía internet (70%) que presencial (30%). En la presencial, los chicos consultan menos que las chicas (13%) pero se equiparan en la virtual (51%). Las consultas con temática afectivosexual pasan de un 43,5% en consulta presencial a un 84,6% vía internet. El 81% de las primeras consultas son realizadas a través de internet.

**Conclusiones:** La utilización de las redes sociales en programas de salud permite el crecimiento del proyecto y la mejora de los resultados

ID 48

### El árbol de la transformación: modelo de acción comunitaria para la enfermedad de Chagas

**Hakima Ouabarab Essadek, Isabel Claveria Guiu, Jordi Gómez Prat, Begoña Treviño Maruri, Nuria Serre Delcor y Estefa Choque Apaico**

*Sección de Salud Comunitaria Drassanes-Vall d'Hebron, Barcelona, España*

**Introducción:** La percepción de salud-enfermedad es un proceso complejo que solo se puede comprender en el contexto de las experiencias de la vida diaria, del medio social, político y cultural en que vive cada individuo. Es relevante la estrecha vinculación que las personas afectadas por la enfermedad de Chagas construyen entre la muerte y dicha enfermedad, haciéndose imprescindible promover un cambio de la percepción negativa: “mejor no saber”.

**Objetivos de la experiencia:** Impulsar un proceso participativo de información, comunicación y educación para contribuir en el cambio de la percepción negativa que tienen las personas afectadas por la enfermedad de Chagas.

**Población diana:** Personas procedentes de zonas endémicas de la enfermedad de Chagas.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** 2006-2007: investigación cualitativa antropológica “percepción sobre la enfermedad”. 2007-actualidad: impulsar espacios comunitarios de reflexión, sensibilización y movilización entre nuestro equipo,

entidades latinoamericanas, personas afectadas, familiares, amigos, profesionales sanitarios, administración pública y otros actores comunitarios.

**Resultados:** 2008: publicado un artículo “Si tengo Chagas es mejor que me muera”. 2008-2009: creada la Asociación de Amigos de las Personas con la Enfermedad de Chagas en Barcelona y la Federación Internacional de asociaciones de portadores de la enfermedad de Chagas en Brasil. 2010: lanzamiento del documental “Saber o no saber”. 2008-actualidad: incremento del número de personas que solicitan diagnóstico, seguimiento y acompañamiento.

**Conclusiones:** Este modelo de acción ha proporcionado un cambio en la percepción hacia una actitud positiva “mejor saber para poder controlar” reflejada en el incremento de la demanda del cribado de la enfermedad de Chagas y el cumplimiento en el seguimiento.

## ID 61

### ¿Sobre qué consultan adolescentes y jóvenes en Andalucía en relación con la salud mental y la convivencia?

**Olga Lerlta Piñán, Carmen Lineros González, Silvia Toro Cárdenas y M. Carmen Junco Gómez**

*Escuela Andaluza de Salud Pública*

**Introducción:** Forma Joven (FJ) es una estrategia de promoción de salud de ámbito comunitario que se realiza en Andalucía. Se desarrolla en centros de educación secundaria y otros espacios utilizados por adolescentes y jóvenes. Dispone de un registro *online* con información para monitorizar la actividad.

**Objetivos de la experiencia:** Conocer los temas relacionados con la salud mental y la convivencia que han sido consultados en asesorías FJ durante el curso 2011-12.

**Población diana:** Adolescentes y jóvenes de 11 a 25 años.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Utilizando metodología de investigación cuantitativa se realiza un análisis descriptivo transversal de datos extraídos del registro *online* de las 10.003 asesorías individuales y en pequeño grupo, desagregados por temas, y un análisis bivariante de estos por sexo.

**Resultados:** Sobre salud mental, la principal demanda de ambos sexos, cuando acuden en grupo, está relacionada con problemas de autoestima. En solitario, los chicos mantienen esa inquietud, pero las chicas consultan más sobre trastornos alimentarios. En relación con la convivencia, la mayoría de consultas en grupo se refieren a habilidades sociales. En solitario destacan violencia entre iguales y resolución de conflictos. El 86% de las consultas sobre violencia de género la plantean chicas.

**Conclusiones:** El peso que tienen la sexualidad y sus riesgos en el volumen de asesorías FJ refleja una conceptualización muy biologizada de la salud, frente a un enfoque más integral que incorpora lo afectivo y relacional. Salud mental y convivencia tienen una mayor demanda cuando el chico o la chica acuden en solitario. Otros estudios deberían analizar cómo integrar el modelo de activos para la salud en FJ.

## ID 73

### Implicación de profesionales de enfermería en un programa de mejora de la alimentación y el ejercicio físico

**Estrella María Lalueza Lafuente<sup>a</sup>, Teresa Pujol Puyane<sup>b</sup>, Anabel Vidal Cupons<sup>c</sup>, Meritxell Pelegrí Romeo<sup>a</sup>, Iraidá Gimeno Pi<sup>d</sup> y Eva Camats Escoda<sup>e</sup>**

<sup>a</sup>ABS Almacelles, Almacelles, Lleida, España

<sup>b</sup>ABS Agramunt, Agramunt, Lleida, España

<sup>c</sup>ABS Pla d'Urgell, Mollerusa, Lleida, España

<sup>d</sup>ABS Primer de Maig, Lleida, España

<sup>e</sup>ABS Bordeta Magraners, Lleida, España

**Introducción:** Una de las tareas de los profesionales de pediatría consiste en prescribir hábitos alimentarios saludables y fomentar la práctica de ejercicio físico. La enfermera es un agente de salud clave para sensibilizar e informar a la población. Los equipos de pediatría proponen al niño/a participar en el Programa NEREU, el cual lucha contra la obesidad y el sedentarismo.

**Objetivos de la experiencia:** a) promover un cambio de hábitos (alimentación y ejercicio físico), y b) autoresponsabilizar al paciente del propio cuidado.

**Población diana:** Niños de 8 a 14 años con obesidad, sobrepeso y sedentarismo, y sus familias.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Asesoramiento nutricional a las familias de los niños participantes. Mientras los niños realizan sus clases de ejercicio físico 3 veces por semana, las familias acuden a la sesión con la enfermera 1 vez a la semana. También se trabaja la alimentación con los niños. Nueve sesiones de asesoramiento por curso. Sesiones informativas, muy participativas (1 h).

**Resultados:** El programa NEREU está en su 7.º año. El número de familias participantes supera las 1.000. Valorando en una muestra el grado de satisfacción global (80% es calificado muy alto), la satisfacción en los conocimientos sobre alimentación es de un 77,5% y sobre cambios realizados en la alimentación de un 55%.

**Conclusiones:** El trabajo de la enfermera en la adquisición de hábitos saludables del niño/a y familia es fundamen-

tal. La proximidad del equipo de pediatría, el conocimiento de la familia, y las habilidades y la cercanía de los profesionales hacen que los resultados en cambios de hábitos sean posibles.

### Mesa de Experiencias: Participación comunitaria-conocimiento de la comunidad

Moderadora: Rosario Gualda

### ID 15 Rediseñando nuestro proyecto de participación comunitaria

Laia Valls Mas y Montse Raga Felices

CAP Vila Olímpica, PAMEM, Barcelona, España

**Introducción:** En el centro de atención primaria de salud habíamos realizado experiencias para la promoción de la salud desde la comunitaria, pero los resultados obtenidos no eran los deseados. Por esta razón decidimos establecer una nueva estrategia de acción y repensar nuestro proyecto.

**Objetivos de la experiencia:** Redefinir nuestro proyecto de comunitaria para conocer mejor las necesidades reales de la población/entorno y ajustarnos a ellas.

**Población diana:** Población adscrita al territorio de nuestro ámbito de actuación.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Creación de la Comisión de trabajo Comunitario de nuestro centro de salud. Recogida y análisis de las actividades realizadas por nuestro centro hasta el momento y de los recursos del barrio. Análisis del diagnóstico de salud del barrio elaborado por la Agencia de Salud Pública. Toma de contacto con distintos agentes de barrio: asociaciones de vecinos, bibliotecas, etc. Reuniones y charlas. Elaboración de un modelo de encuesta para recoger los intereses de la población sobre las temáticas a tratar. Priorización de los temas más "votados" y diseño de las acciones a realizar.

**Resultados:** Hemos conseguido establecer fuertes sinergias con los distintos agentes de barrio y proyectar un nuevo plan de actuación comunitaria, mucho más ordenado, y sujeto a las necesidades detectadas, ganando en concreción y eficacia.

**Conclusiones:** Es necesario rediseñar el proyecto de comunitaria del centro periódicamente para ajustarnos a las necesidades reales de nuestro entorno.

### ID 20 Proyecto de promoción de salud e integración de servicios comunitarios

Federico Jiménez Villegas<sup>a</sup>, María Rosa González Muñoz<sup>a</sup>, Arturo Santisteban Escobar<sup>a</sup>, Concepcion Brabo Díaz<sup>b</sup>, Romualdo Aybar Zurita<sup>a</sup> y María Angustias García García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Albaycín, Granada, España

<sup>b</sup>Beas de Granada, Granada, España

**Introducción:** Desde 1999 se desarrolla en el pueblo un proyecto de promoción de salud mediante una metodología de investigación-acción participativa.

**Objetivos de la experiencia:** Describir la evolución de las necesidades de salud sentidas, actividades y la estrategia de integrar servicios sociales comunitarios.

**Población diana:** Municipio de 1.031 habitantes, ámbito rural.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** *Participantes:* médico/a, enfermero/a, trabajadora social, maestras/os, asociaciones ciudadanas, ayuntamiento y personas voluntarias. Reuniones mensuales y extraordinarias con una dinámica asamblearia. *Actividades principales:* apoyo para el cuidado de enfermos y mayores, actividades para los jóvenes, actividades de educación para la salud, problemas medioambientales, problemas de los servicios sanitarios. Desde septiembre de 2011 se consigue implicación formal del ayuntamiento. En diciembre de 2012 realizamos nuevo diagnóstico de necesidades de salud y sociales, integrando a servicios sociales comunitarios. En marzo de 2013 nos integramos en programa institucional de participación comunitaria (RELAS).

**Resultados:** Difusión de la mejora medioambiente en colegio público, formando parte del proyecto internacional pedagógico ecoescuela. Conocimiento y vinculación de jóvenes con su entorno. Talleres para potenciar y conservar antiguas costumbres y formas de vidas respetuosas con el medio ambiente. Denuncias a instituciones sobre problemas ambientales. Divulgación e intercambio de experiencias comunitarias anualmente con grupos de profesionales sanitarios chilenos. Promoción senderismo, talleres nutrición infantil y adultos, gimnasia, grupos de autoayuda. Organización de jornadas medioambientales anualmente.

**Conclusiones:** La larga continuidad del proyecto lo valida y le da protagonismo social. La integración de agentes comunitarios ha favorecido una mayor eficacia y dinamismo.

**ID 29****Con hierbas de mi pueblo**

**Romualdo Aybar Zurita, Manuela Valero Sánchez, María Angustias García García, Federico Villegas Jiménez, Fernando Rubén González Alvarado y Rosalía Cortés Espejo**

*CDS Albaycín, Granada, España*

**Introducción:** La medicalización y la ruptura de la transmisión intergeneracional de conocimientos sobre autocuidados en salud precisa de estrategias comunitarias de abordaje.

**Objetivos de la experiencia:** Consolidar un foro de participación comunitaria en salud. Fomentar el autocuidado de la salud recuperando usos tradicionales de recursos botánicos autóctonos. Fomentar la transmisión intergeneracional de estos conocimientos. Dinamizar y conectar las redes sociales locales.

**Población diana:** 1.836 habitantes del municipio, ámbito rural.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Trabajadora social, médico de familia y DUE contactan con asociaciones locales, instituciones e informadores clave para constituir un foro de salud. En asamblea acordamos trabajar este año sobre los autocuidados de la salud con hierbas medicinales. Consensuamos un plan de trabajo con: asambleas mensuales; salidas familiares al campo para estudiar y fotografiar plantas en diferentes fases vitales; taller de relatos para niños donde preguntan a sus mayores sobre cómo fueron cuidados en su infancia con remedios herbales; exposición fotográfica didáctica; taller sobre destilación de esencias coincidiendo con el fin del curso escolar. Para el trabajo colaborativo y la difusión empleamos TIC (Google Drive y Blog –en construcción–).

**Resultados:** Consolidación de un grupo germinal de voluntarios activos. Satisfacción de las familias participantes y de los voluntarios. La medicalización está disminuyendo. Se han conectado diferentes redes sociales locales.

**Conclusiones:** El uso de hierbas medicinales en nuestro pueblo es un conocimiento útil y recuperable. La implicación intergeneracional de las familias mediante relatos favorece la transmisión del conocimiento y la vinculación emocional. Las TIC facilitan mucho la participación en red de la comunidad y el trabajo colaborativo.

**ID 43****Puesta al día: necesidades de salud**

**Federico Jiménez Villegas, María Rosa González Muñoz, Arturo Santisteban Escobar, Romualdo Aybar Zurita y Fernando González Alvarado**

*CS Albaycín, Granada, España*

**Introducción:** Tras 13 años de funcionamiento de un proyecto de salud comunitaria (PSC) se plantea una revisión de las necesidades sociosanitarias sentidas por la comunidad.

**Objetivos de la experiencia:** Conocer las necesidades, en los ámbitos social y sanitario, sentidas en la comunidad e investigar estrategias de abordaje.

**Población diana:** Población de ámbito rural, 1.031 habitantes.

**Descripción de la experiencia (recursos, colaboración agentes comunitarios, etc.):** Se convocó, en diciembre de 2012, una reunión de participantes en el Proyecto de Salud Comunitaria incluyendo sanitarios locales, maestras, farmacéutica, concejales, representantes de asociaciones ciudadanas y voluntarios (21 personas). Para la selección de necesidades se usó una técnica de trabajo grupal de espacios abiertos respondiendo a 2 preguntas: ¿qué necesidades y/o carencias observamos en nuestro pueblo en aspectos sociales y sanitarios? y ¿qué podemos y qué pueden hacer las instituciones responsables para atenderlo? Tras fases de vaciado en grupos heterogéneos, selección por coincidencias, agrupamiento y priorización, se presentan los resultados.

**Resultados:** a) problema del desempleo (medidas para el autoempleo), formación, sostenibilidad, autosuficiencia; b) adolescentes, jóvenes y mayores; convivencia intergeneracional (intercambio entre mayores y jóvenes); c) deficiencia y carencias de instalaciones, parque biosaludable, reconversión del hogar del jubilado, senderos y caminos, y d) actividades sociosanitarias, nutrición, higiene, relajación y autoconocimiento, gimnasia/fisioterapia.

**Conclusiones:** Las necesidades de salud y sociales presentan cierta concordancia con diagnósticos previos y las actividades que el proyecto viene desarrollando. Adquiere gran peso la problemática socioeconómica.

**Talleres****T 1: Investigación-acción participativa en salud comunitaria****Docentes:**

**Joan Paredes Carbonell**  
*Doctor en Medicina, Máster en Salud Pública, Técnico Superior de Promoción de la Salud, Centro de Salud Pública de Valencia, Valencia, España*

**Dory Aviñó Juan-Alpiano**  
*Psicóloga, Especialista en Sociología y Antropología de las Políticas Públicas, Técnica superior de Investigación, Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, España*

**Mireia López Nicolás**  
*Socióloga, Especialista en Sociología y Antropología de las Políticas Públicas, Técnica medio en Investigación, Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, España*

## Contenido

Se pretende capacitar a las personas participantes para que puedan aplicar un método de investigación-acción participativa en el marco de la promoción de la salud en grupos comunitarios.

Los objetivos específicos son:

- Identificar y describir las etapas para aplicar un método de investigación-acción participativa.
- Adquirir habilidades para facilitar el desarrollo de estas etapas en un grupo comunitario.
- Identificar las ventajas, los inconvenientes y el papel y el perfil del profesional o técnico en la aplicación de este tipo de abordajes.
- Conocer una experiencia real de aplicación de la investigación-acción participativa en el contexto de la salud comunitaria.

## T 2: Cómo iniciar procesos de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud

Docentes:

**Ignacio Maynar Mariño**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Progreso, Badajoz, España. Tutor de Residentes de MFyC. Miembro del PACAP en Extremadura. Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública.*

**M. Ángeles Maynar Mariño**

*Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Progreso, Badajoz, España. Tutora de Residentes de MFyC. Miembro del PACAP en Extremadura*

## Contenido

En este Taller se pretende inculcar habilidades y metodologías para promover procesos de participación comunitaria desde un centro de salud. El objetivo es que los asistentes conozcan los pasos a seguir en el equipo antes de salir a la comunidad.

## T 3: Herramientas para tomar decisiones con creatividad en los grupos de trabajo

Docente:

**José Antonio Prados Castillejo**

*Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC de Lucano, Córdoba, España. Coordinador del GdT Nuevas Tecnologías de la SAMFYC*

## Contenido

Con este Taller se pretende que adquieran habilidades para desarrollar actividades y generar decisiones individuales o grupales de forma creativa e innovadora.

Los objetivos específicos son:

- Conocer las bases fundamentales de la creatividad y la generación de ideas originales.
- Identificar los aspectos que inhiben la creatividad “natural” de las personas.
- Aprender a manejar herramientas que faciliten la expresión de la creatividad.

## T 4: Realización de mapeo de activos en salud

Docente:

**Sergio Palacio Martín**

*Psicólogo, Experto en Animación de Procesos Participativos en colaboración con diferentes instituciones y niveles de la Administración. Asesor y Animador de mapeos saludables en el marco del Observatorio de la Salud de Asturias*

## Contenido

Reflexionar y sistematizar una justificación de la necesidad y beneficios para la salud comunitaria de mapear activos saludables en cada territorio. Dibujar un modelo gestor de la animación de procesos de mapeo que permita que cualquiera pueda organizar un mapeo desde su rol, responsabilidades y derechos, dentro del territorio a mapear. Diseñar diferentes modelos de animación de mapeos saludables (desde las actitudes y aptitudes de cada uno). Conocer diferentes experiencias de mapeos participativos realizados desde el Observatorio de la Salud de Asturias.