

Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias.

Autora: Elena Aguiló Pastrana.

Revista clínica electrónica en Atención Primaria (nº 16)
Año 2008

CONTEXTO ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias.

Autora: Elena Aguiló Pastrana

Los capítulos precedentes han mostrado como la intervención sobre los determinantes de la salud excede las posibilidades de intervención del sistema sanitario, y se relacionan con toda la organización social, política y económica de una sociedad. Las cosas parecen estar claras a nivel de conceptos y teorías, avaladas por las organizaciones sanitarias más importantes^{i ii iii}, que reconocen como la práctica comunitaria forma parte inherente de la concepción de Atención Primaria de Salud. La realidad marcha por otros derroteros^{iv v}. Hay una llamativa discordancia entre la realidad del desarrollo de AP y la falta de desarrollo de su vertiente comunitaria.

Lo comunitario: ¿se hace?, ¿se puede?, ¿se sabe?

Partiendo de una Atención Primaria inexistente en el Estado Español hasta 1978, los aspectos organizativos, clínico-asistenciales y preventivos de la APS han tenido un grandísimo desarrollo y consolidación hasta la actualidad, y sus resultados y efectos han sido evaluados ampliamente^{vi vii}. Por el contrario, el desarrollo de las Actividades Comunitarias en este mismo periodo ha sido escaso y, casi siempre, ha estado sujeto a intervenciones en los contextos locales de carácter aislado y voluntarista.

Pretendemos ahora reflexionar sobre la situación actual de las AC en la AP de hoy, sus antecedentes, condicionantes y dificultades diversas, con el fin de contribuir a identificar los obstáculos a su puesta en práctica y mejorar así su implantación y desarrollo eficaz. Solo desde el conocimiento de estos obstáculos y de su mejor abordaje en el futuro podremos en AP lograr un mayor desarrollo de AC, corrigiendo la disociación entre la realidad y las declaraciones teóricas e institucionales. Este capítulo pretende aportar a esta reflexión necesaria.

Lo comunitario, entre la necesidad y la utopía

Si preguntásemos a los médicos de AP por lo que son o deberían ser las Actividades Comunitarias, veríamos que han quedado como asignatura pendiente para unos o como algo inviable, utópico y trasnochado para la gran mayoría^{viii ix}. Podríamos decir que las Actividades Comunitarias están entre la necesidad y la utopía: Algo necesario, porque es el 2º apellido de la especialidad del médico¹ de familia, y utopía porque decimos: “*Habría que hacerlo*”, “*nadie lo hace*”, “*ni siquiera sabemos bien de qué se trata*”.

Como vemos, hablar de actividades comunitarias en nuestra AP de hoy y el significado de la palabra **Comunidad** tiene un carácter múltiple, polisémico,

¹ En relación al uso del masculino y/o femenino de determinadas acepciones, para evitar la utilización de modos que perturben la lectura, se hace constar expresamente que cualquier término genérico referente a personas se debe entender en un sentido inclusivo para ambos géneros.

también ambiguo. Y es muy necesario tener en cuenta esta multiplicidad de sentidos e interpretaciones, incluso opuestas, para entender, abordar y corregir las dificultades de implantación real en la práctica de los profesionales de la orientación comunitaria. Porque algo que es simultáneamente difícil de nombrar, ambiguo y casi desconocido, reconocido como necesario, pero al mismo tiempo utópico, desprestigiado e idealizado... es comprensible que encuentre muchas dificultades y obstáculos para su implantación y desarrollo en la realidad cotidiana. Así ha sucedido en la historia de la AP con las actividades comunitarias. Avancemos en el análisis de esta situación.

¿Por qué sucede esto? Una mirada al contexto social y profesional

1. Un estilo imperante: la gestión y el gerencialismo en los sistemas de salud

Es un hecho que hoy las organizaciones sanitarias se ocupan más bien de gestionar la demanda que de atender las necesidades y promover la salud (entendida de forma integral) de los ciudadanos.

Las tendencias en las últimas décadas sitúan un contexto diferente del que dio lugar a la Atención Primaria de Salud en los 70*. Los grandes cambios sociales que se produjeron en la década de los 80-90 condicionaron transformaciones de gran alcance. La revolución tecnológica de la información propició una secuencia de desindustrialización, desempleo y crisis social a los que se va reajustando una nueva sociedad con características muy diferenciadas de la anterior. Una sociedad con gran tendencia a la fragmentación social y múltiples ejes de desigualdad. Los estados del bienestar no encajan este nuevo contexto.

Así se implantan como saberes dominantes en las organizaciones la nueva gestión pública y lo que se ha denominado el "gerencialismo"^x. Este fenómeno ha sido determinante en las estructuras organizativas de los sistemas de salud y especialmente en la Atención Primaria. La gestión se presenta como un saber y un método providencial, portador de la única racionalidad posible. La gestión pretende representar lo nuevo-moderno frente a lo anticuado, y desde ahí se revisan los conceptos claves: políticas públicas, necesidades en salud, atención sanitaria, promoción de salud, prevención, participación...

Las funciones de promoción de salud y educación para la salud son devaluadas en el imaginario hegemónico. Pese a que los organismos institucionales continúan avalándolas ampliamente como necesarias y prioritarias para la mejora de la salud tanto a nivel mundial como a nivel local. Esta discordancia entre las recomendaciones internacionales y las políticas que realmente se implementan es uno de los nudos que limitan el desarrollo de las prácticas comunitarias y de promoción de la salud.

Pues, mayoritariamente, se entiende la misión del sistema sanitario como productor de servicios y prestaciones sanitarias dirigidas a las personas,

* Planteamiento que es congruente con los modelos de Estado de bienestar y políticas públicas para la atención de las necesidades sociales basadas en la planificación. Estos modelos requieren para garantizar la eficacia algún grado de participación ciudadana.

adaptando el modelo de las empresas de servicios instaurando la “clientelización”. Así, hoy se entiende la AP como oferta de carteras de servicios asistenciales médicos y preventivos, con un fuerte carácter tecnológico, destinado al “cliente”

El gerencialismo considera la población solo como personas individuales, el cliente, percibido siempre como aislado y con capacidad de elegir, prescindiendo de sus condiciones de vida y su situación social. Esta visión es diferente desde otros paradigmas alternativos y no hegemónicos, que plantean a los/as profesionales sanitarios/as orientar comunitariamente su práctica profesional*.

2. Lo comunitario presente y ausente.

El PACAP (Programa de AC en AP de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria^{xi}) ha definido como actividades comunitarias aquellas que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Así, lo comunitario se queda en las declaraciones institucionales, pero se hace poco en la práctica habitual de los/as profesionales sanitarios/as. Cuanto más se percibe esto de este modo, más se consolida en el imaginario de población y profesionales, en nuestra manera de pensar –que también es social y que nos lleva a decir “*las cosas son así*”- se consolida esta disociación (“*lo comunitario se dice pero no se hace*”) y es más difícil cambiarlo, va creando un fuerte consenso entre los/as profesionales que hace ver la extensión comunitaria en AP como poco viable.

3. La práctica profesional. Contexto y consecuencias

La realidad de la AP y las dificultades percibidas corren por otros derroteros. Los esfuerzos del colectivo profesional de médicos/as de familia han perseguido la mejora y la generalización a toda la población del modelo de Atención Primaria, así como la formación de nuevas promociones de médicos/as de familia cada vez mejor preparados/as para la práctica asistencial de calidad. Se ha avanzado mucho^{xii} en la generalización de programas, protocolos y guías de buena práctica, en la realización y sistematización de actividades preventivas, en el registro, evaluación e informatización de las actividades, en sistemas de formación continuada, en el programa docente de la especialidad, en investigación, etc.

Más de veinticinco años después de Alma Atta, la Atención Primaria en España ha ido también cambiando con los cambios sociales, políticos y económicos vividos en el país. Hoy podemos decir que está consolidada la

* Orientar comunitariamente la práctica profesional significa intervenir organizadamente en la realidad social con otros actores -técnicos profesionales e instituciones afincados en el mismo territorio y que atienden a una misma población- para que, conociendo las realidades locales, con un diagnóstico participativo, pudieran establecer estrategias comunes, coordinadas y cooperativas para la resolución de los problemas demandas y necesidades de esa comunidad humana, contando con su participación y protagonismo.

estructura; también aparecieron cuestionamientos de su carácter de servicio público para dar paso a iniciativas de gestión mixta o privada (conservando la financiación pública), en un contexto restrictivo de los gastos públicos. Durante un largo periodo creció la población asignada a Centros y consultas, y para un gran número de profesionales fue marcado por la eventualidad y movilidad y, más recientemente, con la escasez de profesionales para cubrir vacantes permanentes y de sustitución.

En la realidad cotidiana, las consultas diarias de los/as médicos/as de familia se han ido masificando, por confluencia de los factores macrosociales y de gestión interna citados más arriba, llegando a percibirse semejanzas con el modelo previo (“*esto se está convirtiendo en un cupo –en referencia al modelo tradicional previo a la reforma de 1984- de 7 horas*”). Los movimientos en reclamo de más tiempo por consulta y la reivindicación contra los cupos sobredimensionados, y todo el movimiento consolidado alrededor de la Plataforma “10 minutos (¡qué menos!)”^{xiii}, han aglutinado muchas de las demandas y reivindicaciones de las demandas de los/as médicos/as de AP en los últimos años.

Las implicaciones de pérdida de calidad en la consulta, cuando falta el tiempo, son claras: los/as profesionales declaran que lo primero que se pierde es la posibilidad de que el/la médico/a aborde los conflictos de índole psicosocial, se reduce la información y orientación al/la paciente en detrimento de las preguntas y exploraciones clínicas, el/la profesional se implica menos, pregunta menos, explora menos y deriva más; disminuye cuanti y cualitativamente el registro en la historia clínica y la actitud programada a los problemas de salud, frente a la resolución rápida de la demanda puntual del paciente^{xiv xv}. Pero hay otros factores que condicionan el malestar en la consulta, diferentes del tiempo disponible.

4. Un nuevo fenómeno social: la medicalización de la vida cotidiana

El tema de la medicalización^{xvi xvii}, y la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes, de modo que hoy abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas, ha contribuido también en gran medida al aumento progresivo de la frecuentación asistencial. Las repercusiones son evidentes en Atención Primaria, tanto en los aspectos cuanti y cualitativos de la demandas de la población, como la utilización de los servicios y circuitos de urgencias. Y determinan las expectativas de la población a la hora de valorar los servicios que recibe por parte de los sistemas de salud y sus profesionales.

Muchas de las demandas que hoy transitan por las consultas, como son las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer, la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza, los problemas laborales o el desempleo, no tienen posibilidad de ser resueltas por los procesos médico-asistenciales^{xviii xix xx}. De hecho, contribuyen a saturarlas y a aumentar el círculo de insatisfacción y desgaste. Cuando a los/as médicos/as se les pregunta por los aspectos más difíciles de su práctica profesional, o por los/as pacientes difíciles^{xxi xxii xxiii}, suelen indicar las demandas de pacientes que denominan “no médicas” y que no pueden resolver ni encauzar adecuadamente^{xxiv}.

Las diferentes lecturas de los textos de Foucault^{xxv} han puesto el acento en demostrar que el modo en que se percibe el cuerpo y sus procesos es una construcción social y no tiene mucho que ver con una pretendida realidad objetiva. El concepto de enfermedad resulta huido una vez se renuncia a considerar su existencia objetiva y se acepta su carácter de «construcción social», un paso difícil pero ineludible, adoptando perspectivas históricas, antropológicas o sociológicas. Todo esto nos es difícil a los/as profesionales sanitarios, condicionados en nuestra formación por un modo de mirar centrado en lo biológico. De manera creciente, la definición de enfermedad va ligada a las disponibilidades tecnológicas. Y la tecnología constituye el conocimiento médico de diferentes maneras. Por un lado, establece los signos, marcadores y resultados que definen las entidades nosológicas y también influye poderosamente sobre los modelos explicativos de la enfermedad, así como en el modo en que se organiza el conocimiento médico. En conjunto, el incremento de capacidades tecnológicas aumenta la sensibilidad de la identificación de alteraciones de la normalidad y reduce el umbral a partir del cual deben abordarse médicamente. En la aparición y propagación de las «no enfermedades» participan, en mayor o menor medida y por diferentes motivos, todos los agentes implicados en la mejora de la salud, profesionales, pacientes, instituciones, señalando el importante papel de la industria de la comunicación.

Lectura individual: Consecuencias en la consulta

Todos los factores mencionados influyen y determinan el tipo de realidades cotidianas de la Atención Primaria de hoy. Todos/as sufrimos las consecuencias. Y en una sociedad como la nuestra, marcada por el individualismo, lo más habitual es que se hagan lecturas individuales de los problemas sociales.

Hay malestar e insatisfacción, se diría que son crecientes. Afectan a la población y los/as profesionales. Los/as pacientes suelen manifestarse en las encuestas de satisfacción como satisfechos/as con la atención recibida en los centros de salud por los/as profesionales que les atienden. La satisfacción que proporciona la AP es percibida como superior a otras instituciones, educativas y sociales. Pero la situación no es percibida como buena: **cuantitativamente**, la demanda de la población en los centros de salud está signada por un aumento de las consultas por paciente y año y aparecen en ella modificaciones **cualitativas** que los/as médicos/as plantean en los espacios disponibles para la reflexión sobre su práctica.

El síndrome del profesional quemado (“burn out”) es cada vez más citado descrito y analizado en la literatura médica^{xxvi xxvii xxviii xxix xxx xxxi}. Se cita como cada vez más frecuente, se diseñan y validan cuestionarios para su detección, se apuntan rasgos de personalidad del/la médico/a que lo favoreciese; unos autores atribuyen el desgaste profesional al paso del tiempo, otros a la ausencia o presencia de hobbies o de un “buen soporte” familiar o a lo “excesivo” de las expectativas profesionales. Son más escasas en la bibliografía las reflexiones sobre cuáles serían unas “expectativas adecuadas”, y sobre la interrelación entre cuestiones de lo personal con lo profesional^{xxxii xxxiii} del/la médico/a. Sin embargo, el desgaste profesional se señala de modo unánime como un grave problema de nuestro sistema de AP. La interpretación

generalizada del creciente desgaste profesional de los/as médicos/as de familia, se hace desde posiciones disociadas (o como un problema cuantitativo de recursos insuficientes, dejando sin consideración el resto de cuestiones en juego) o como una cuestión de “insuficiencias personales” del/la profesional, a quien se achaca la responsabilidad del propio malestar y realizando una lectura individualista de un fenómeno social, algunos de cuyos determinantes se han enunciado más arriba: Se habla del médico quemado, o del paciente difícil. Pero no se trata de casos aislados, sino de tendencias apreciables y muy significativas, con causas y consecuencias determinables.

Demanda creciente, urgencia continua. Aumento de la frecuentación sin mejora correlativa de los niveles de salud. Percepción de los/as profesionales de la sobredimensión de las demandas recibidas por parte de la población, de una dependencia creciente que parece haberse generado y repercute de forma perversa sobre la eficacia de la acción profesional. No se ve salida. Las doce ediciones realizadas desde 2001 hasta la actualidad del Taller sobre el rol del médico de familia, titulado “La consulta de AP y los malestares de la vida cotidiana”, en los Congresos Nacionales semFYC y encuentros PACAP, ponen de manifiesto estas percepciones por parte de los/as médicos/as de familia.

En cambio, lo comunitario podría ser oportunidad ante la encrucijada de la AP de hoy

Muchos de estos malestares son, en parte, secundarios a la frustración de comprobar que hoy nuestra preparación profesional y nuestros esfuerzos en el trabajo asistencial no son suficientes para enfrentar los problemas de salud más importantes y habituales que vemos en las consultas. Problemas como los riesgos laborales y medioambientales, las toxicomanías, el alcoholismo, la marginación, la salud mental, el fracaso escolar, los accidentes, el SIDA, la violencia contra las mujeres, la delincuencia, el paro, la condiciones de empleo, la inmigración y el riesgo de exclusión, el incremento de personas dependientes y tantos otros que condicionan la salud y la enfermedad de la ciudadanía, requieren otro tipo de abordaje, multisectorial y comunitario, en el que necesariamente tienen que intervenir las instituciones, otros servicios de la comunidad y la propia ciudadanía. Si en nuestras sociedades complejas globalizadas e individualistas continuamos centrándonos en la enfermedad, desarrollando cada vez más servicios curativos, la AP actual se enfrenta a un peligroso círculo vicioso de hiperfrecuentación, sobrecarga y desgaste.

Las actividades comunitarias constituyen el punto de fusión para el óptimo enfoque de aquellos problemas que observamos en la consulta, pero cuyas raíces (su abordaje etiológico) se encuentran fuera de ella. Muchos de los problemas y demandas que manifiestan los/as pacientes que entrevistamos a diario tienen que ver, por un lado, con la vertiente psicológica y con manifestaciones o síntomas mal definidos que remiten a condiciones atribuibles a su entorno familiar, relacional, laboral o socioeconómico. Cualquier abordaje desde dentro de la consulta contribuye a aumentar la medicalización, la dependencia y la hiperdemanda en la población, con el correlato de mayor desgaste e insatisfacción profesional. La orientación hacia la promoción de salud es la orientación adecuada, y la salud comunitaria el modo de alcanzarla.

Hablamos de salud comunitaria cuando los/as miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos

comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente junto a los servicios de salud en la solución de sus problemas. La promoción de la salud es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control de su propia salud y así, mejorarla (Carta de Ottawa). La promoción de la salud incluye varios aspectos en los que la Atención Primaria tiene una gran responsabilidad, pero es evidente que en la promoción de la salud están implicados muchos otros sectores, desde las políticas públicas, los medios de comunicación, las instituciones, educación, trabajo social, así como la ciudadanía, asociaciones, donde los servicios sanitarios son únicamente uno más de los recursos con los que cuenta esa comunidad. La estrategia de promoción de la salud implica necesariamente, la coordinación y participación de las instituciones, los servicios y la población.

Déficits en la implantación del modelo de AP

Esto que planteamos, la promoción de la salud y las actividades comunitarias como la única alternativa viable a los problemas de la Atención Primaria, ya estaban formulados en las declaraciones fundacionales de los años 70 y 80. ¿Por qué no han sido operativos en este periodo, en el desarrollo que se hizo en España de la APS? Por vacíos formativos y organizativos respecto a tres cuestiones absolutamente necesarias y determinantes que, sin embargo, no fueron implementadas. Hubo graves carencias en la implementación de la Atención Primaria, puesto que inauguraba un cambio en la orientación de los servicios sanitarios, una nueva concepción que no desarrolló los métodos para llegar a la meta, por lo que el camino del desarrollo de la vertiente comunitaria se ha hecho mucho más difícil y se ha avanzado menos. Estos déficits o vacíos^{xxxiv} en el desarrollo de la APS se refieren a:

- Concepciones y marcos teóricos para la atención integral y la dimensión la acción comunitaria.
- Instrumentos metodológicos válidos y coherentes con el marco conceptual.
- Escasez de las intervenciones comunitarias prácticas y escasa difusión de su relevancia.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)

Se ha dicho que estas actividades fueron durante muchos años practicas aisladas y con escaso reconocimiento y difusión. Se partía, por un lado, del convencimiento de que "lo comunitario" ha de formar parte del perfil profesional y de los contenidos de trabajo de los/as médicos/as de familia y, por otro, de la percepción de que su desarrollo es muy escaso y heterogéneo, no existiendo consenso sobre un marco general metodológico para su correcto abordaje. En 1996, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) decidió iniciar un proyecto específico para promover activamente el desarrollo de los contenidos comunitarios, lo que se hizo con el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).

El PACAP pretende contribuir a que los/as profesionales de Atención Primaria adquieran los conocimientos y las habilidades para el desarrollo real y correcto de actividades de intervención y participación comunitaria. Por lo tanto, el **propósito** del PACAP es estimular, apoyar y promover las actividades comunitarias en el ámbito de la atención primaria de salud, así como avanzar en el terreno del conocimiento de los instrumentos y la metodología del trabajo comunitario. Aunque es un programa de la semFYC (y como tal, aprobado por su Junta Directiva) y realizado por iniciativa suya, desde su inicio el PACAP ha sido un programa interdisciplinar con amplia participación en sus órganos de dirección de enfermeras y trabajadores sociales.

Entendemos por Actividades Comunitarias “todas aquellas de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades”.

Los objetivos específicos del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria son los siguientes:

- Crear una Red de Actividades Comunitarias con el fin de facilitar los contactos y el intercambio de información entre grupos que realizan prácticas comunitarias.
- Generar conocimiento y establecer consenso sobre cuestiones tanto teóricas como prácticas relacionadas con la intervención y la participación comunitaria, en base a la realización de reuniones de carácter científico y a la celebración de talleres de trabajo.
- Asesorar y apoyar a profesionales y grupos que desarrollen o prevean desarrollar actividades comunitarias y que lo demanden.
- Establecer recomendaciones contrastadas para su difusión, en base a la evaluación y al análisis de experiencias previas, que sean de utilidad para el correcto desarrollo de actividades comunitarias.
- Convocar periódicamente premios para el desarrollo de actividades comunitarias, que estimulen la puesta en marcha de proyectos de intervención y participación comunitaria en Atención Primaria.
- Promover una adecuada formación específica en participación e intervención comunitaria en pregrado, en postgrado y en formación continuada.
- Incentivar y promocionar actividades de investigación en los diferentes aspectos de los programas comunitarios en el ámbito de la atención primaria, así como facilitar y coordinar el intercambio de proyectos de investigación en el ámbito de la Red de Actividades Comunitarias.
- Difundir informaciones de interés (en publicaciones y otros medios de comunicación profesionales y generales), relacionadas con la intervención y participación comunitaria, dirigidas a sensibilizar sobre el interés de las mismas tanto a las instituciones como a profesionales y usuarios de atención primaria.

Retos actuales en el desarrollo de Actividades Comunitarias en AP

Desde su creación, en 1996, hasta la actualidad, las actividades y desarrollos realizados por el PACAP incluyen el desarrollo de la RAC (Red de Actividades Comunitarias), actividades formativas, Encuentros Nacionales PACAP, Mesas, talleres, Premios, publicaciones, I^{as} Recomendaciones PACAP (“Como iniciar un proceso de intervención/participación comunitarias desde un Centro de salud”) etc. Todas ellas pueden ser consultadas en <http://www.pacap.net/>.

En 2004, dentro del Plan Estratégico de semFYC^{xxxv} se reconoce que el PACAP se ha constituido como referente y espacio de encuentro para los/as profesionales que realizan actividades comunitarias y se considera que debe aumentar su incidencia real entre la mayor parte de los/as médicos/as de familia. En la actualidad, es creciente en la semFYC el convencimiento sobre la prioridad de *“promover el desarrollo de las prácticas comunitarias como parte del quehacer de los médicos de familia y los CS pues de no hacerlo se perderá una parte importante del perfil profesional y de las competencias del médico de familia, y la AP se quedará al margen de la promoción de salud que asumirán otros sectores...”* Consideran que se hace necesario un plan dirigido a modificar las actitudes existentes entre los/as profesionales e interesarlos/as en la práctica comunitaria, para lo que el PACAP sigue siendo el instrumento idóneo para promover AC en los CS con la implicación de los/as médicos/as de familia.

De este modo, un objetivo central es contribuir a difundir la pertinencia y viabilidad de las actividades comunitarias entre los/as médicos/as de familia. Contribuir a modificar sus percepciones de lo comunitario como inviable o extraño.

Sabemos, y hay evidencia y avales contundentes, que las actividades comunitarias son el único modo de lograr la promoción de la salud. La promoción de la salud no es cosa de los servicios sanitarios sino de las poblaciones y su modo de vida. Y los cambios en el modo de vida de las gentes sólo se hacen con su participación. El acercamiento entre los/as profesionales y la comunidad es una necesidad, sin la que no se avanza en el desarrollo de la salud. Es importante ir ocupando esos huecos, esos vacíos en el desarrollo completo y todavía pendiente -que no utópico- de la Atención Primaria. No hay Atención Primaria sin su necesaria extensión comunitaria.

De esta estrategia y este compromiso forma parte el presente trabajo formativo.

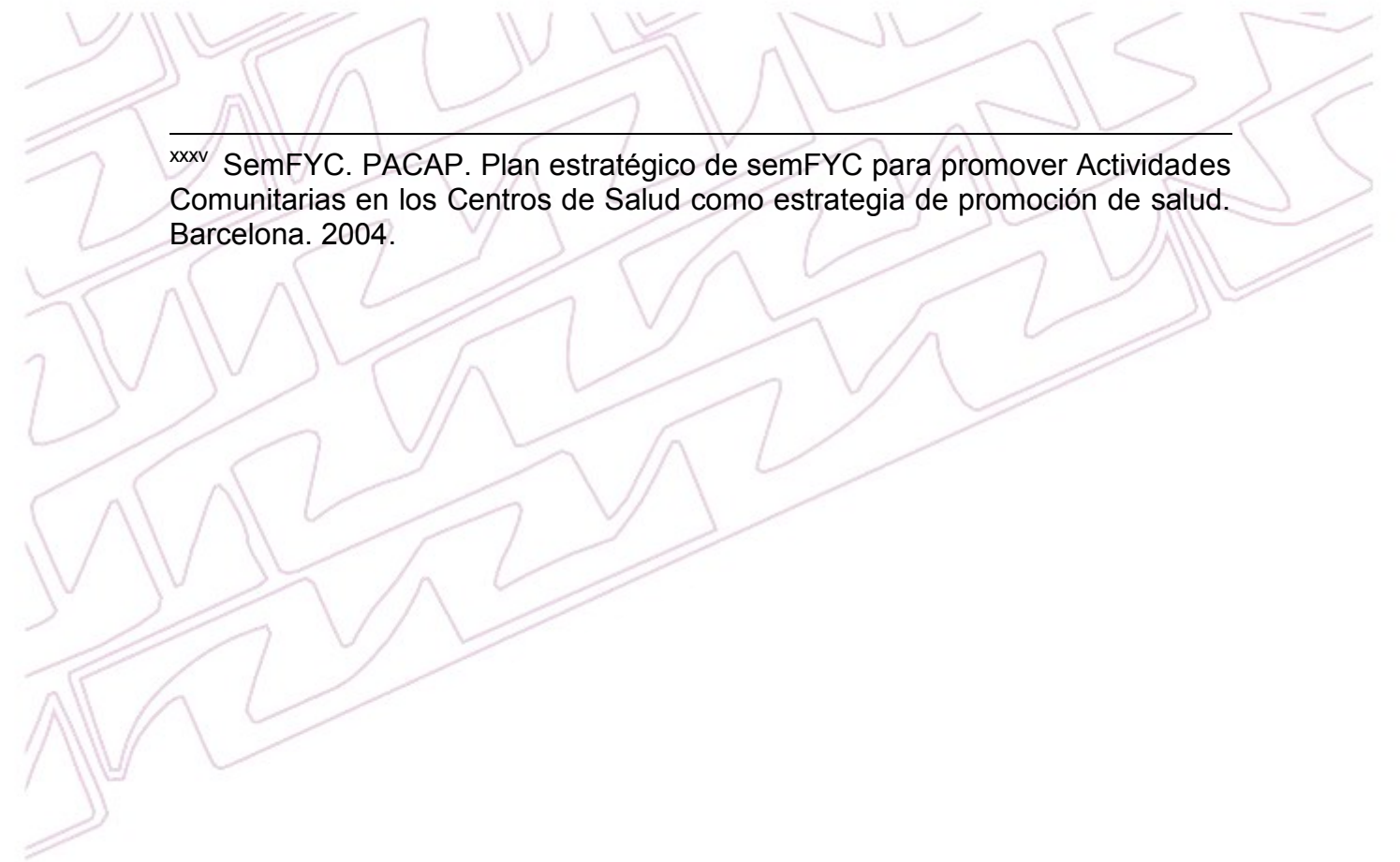
Madrid, noviembre de 2007.

Elena Aguiló Pastrana,
Médica de Familia y Comunidad. Miembro del C. Permanente del PACAP.

BIBLIOGRAFÍA

- ⁱ Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI. En Revista Comunidad 1997 (0): 29-34. Disponible en www.pacap.net
- ⁱⁱ World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen; WHO regional Office for Europe; 1986.
- ⁱⁱⁱ SALUD 21. Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS Series nº 5. Ed. Ministerio de Sanidad. Madrid 1988.
- ^{iv} Aguiló E, López ML, Siles MD, López LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). Aten Primaria 2002. enero 29 (1): 26-32.
- ^v Planes A. Los resultados de nuestra práctica. Dimens Humana 2002; 6(4):165-166.
- ^{vi} Villalbí, JR. Evaluación del impacto de la reforma de la AP sobre la salud. Aten Primaria 1999; 24: 468-474.
- ^{vii} García de León D. Medicina Familiar y comunitaria: perspectiva y prospectiva. Dimens Humana 2001; 5 (3):117-125.
- ^{viii} Aguiló, E. Los profesionales sanitarios y la comunidad, ¿necesidad o utopía? VI Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria; 2004 abr 23. En revista Comunidad 2004 (7): 59-62. Disponible en www.pacap.net
- ^{ix} Planes A. (Comunidad) ¿Solo una bella palabra? Editorial. En revista Comunidad 1997 (0): 3. Disponible en www.pacap.net
- ^x Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. En revista Comunidad 2004 (7): 73-79. Disponible en www.pacap.net
- ^{xi} semFYC. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). www.pacap.net
- ^{xii} Planes A. Los resultados de nuestra práctica. Dimens Humana 2002; 6(4):165-166.
- ^{xiii} Plataforma 10 minutos. En www.diezminutos.org
- ^{xiv} Borrell Carrió F. Agendas para disfrutarlas. 10 minutos por paciente en agendas flexibles. Aten Primaria 2001; 27:343-345.
- ^{xv} Borrell Carrió F. ¿Qué da complejidad al acto clínico? 2000 (Manuscrito de artículo no publicado)
- ^{xvi} Meneu R. Las «no enfermedades» AMF 2005; 1(3):123-124.
- ^{xvii} Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gest Clin San. 2003; 5:47-53. Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf>

-
- xviii Talarn A. El mundo en que vivimos (I- II). Los nuevos retos globales. En Globalización y Salud Mental. Talarn A (comp). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- xix Talarn A. El cuerpo en la cultura actual. En Globalización y Salud Mental. Talarn A (comp). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- xx Talarn A. El mercado de la salud. En Globalización y Salud Mental. Talarn A (comp). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- xxi Mas X, Cruz JM, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. El paciente de trato difícil en Atención Primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria* 2003; 31 (4):214-221.
- xxii Vergeles JM El paciente de trato difícil, una aproximación a la “desazón” del profesional (Comentario editorial) *Aten Primaria* 2003; 31 (4):220-221.
- xxiii Anguera B. ¿Qué hacemos con las (inevitables) pérdidas en el mundo globalizado? En Globalización y Salud Mental. Talarn A (comp). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- xxiv Aguiló E. La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios en la formación de médicos de familia: experiencias y posibilidades. Congreso Internacional de Grupo Operativo. 2005. disponible en www.area3.org.es
- xxv Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Editorial Siglo XXI; 1966.
- xxvi Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31 (9):564-574.
- xxvii Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Aten Primaria* 2003; 32 (3): 135-43.
- xxviii Cebriá J. Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria* 2003; 31 (9):572-74.
- xxix Saura J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. *Dimens Humana* 2002; 6(1); 14-20.
- xxx Gervás J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas y soluciones de la pérdida de prestigio de la medicina general y de familia. *Contra el descrédito del héroe*. *Aten Primaria* 2007; 39(11):615-608.
- xxxi Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, Rodríguez C, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001, 27(7):459-468.
- xxxii Epstein RM. Comunicación, burn out y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria* 2001; 27 (7):511-513.
- xxxiii Tizón JL ¿Profesionales quemados, desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria* 2004; 33(6):326-30.
- xxxiv Cucco M. Paradigmas predominantes en la Atención Primaria de Salud. X Encuentro de Psiquiatría Social. La Habana. 1999.



^{xxxv} SemFYC. PACAP. Plan estratégico de semFYC para promover Actividades Comunitarias en los Centros de Salud como estrategia de promoción de salud. Barcelona. 2004.