

Aplicación del termómetro comunitario en la docencia del grado en enfermería: perspectiva del estudiantado

Miriam Rodríguez-Monforte (PhD)¹ Daniel G. Abiétar (MSc)^{2,3}; Rosa Villafáfila-Farrero (MD)^{3,4}; Elena Carrillo-Álvarez (PhD)¹; Marta Reyes-Vizcarro (MSc)¹; Sofía Berlanga-Fernández (PhD)^{3,4}

¹Global Research on Wellbeing (GRoW) research group; Blanquerna School of Health Sciences- Universitat Ramon Llull, Barcelona. España

²Unidad de Gestión de la Información en Salud (UGIS). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS), Barcelona, España.

³Grupo GREDOCAP (Grupo de investigación en Docencia en Atención Primaria)

⁴Unitat Docent Multiprofessional Atenció Familiar i Comunitària Costa Ponent-Metropolitana Sud, Barcelona, España.

*Autor de correspondencia: sberlanga.apms.ics@gencat.cat

Manuscrito recibido: 01/03/2026

Manuscrito aceptado: 30/03/2026

Cómo citar este documento

Rodríguez-Monforte M, Abiétar DG, Villafáfila-Farrero R, Carrillo-Álvarez E, Reyes-Vizcarro M, Berlanga-Fernández S. Aplicación del termómetro comunitario en la docencia del grado en enfermería: perspectiva del estudiantado. *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research* 2026;14(1):87-103.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuentes de financiación

La investigación no recibió financiación.

Contribución de autoría (credit):

Conceptualización: M. Rodríguez-Monforte y S. Berlanga-Fernández; Metodología: D. G. Abiétar y R. Villafáfila-Farrero; Análisis formal: D. G. Abiétar; Redacción-preparación del borrador original: M. Rodríguez-Monforte, E. Carrillo-Álvarez, S. Berlanga-Fernández; Redacción-revisión y edición: M. Reyes-Vizcarro y S. Berlanga-Fernández.

Original

Resumen

Objetivo: Analizar cómo los estudiantes del grado en Enfermería comprenden y observan la aplicación de los determinantes sociales de la salud durante sus prácticas clínicas en Atención Primaria. De manera específica, se evalúa la comprensión de los ítems de una versión adaptada del Termómetro Comunitario, la frecuencia de observación de estas prácticas y las diferencias existentes entre los tres niveles de intervención (consulta individual, centro de salud y comunidad).

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el curso académico 2024-2025. Se utilizó un muestreo por conveniencia sobre una población de 125 estudiantes de primer curso del grado en Enfermería. Los datos se recogieron mediante un cuestionario en línea autoadministrado, basado en una adaptación del Termómetro Comunitario al contexto formativo, obteniéndose una muestra final de 106 estudiantes que realizaron sus prácticas clínicas en centros de Atención Primaria

Resultados: El estudiantado comprendió y observó con mayor frecuencia prácticas relacionadas con la equidad y la identificación de determinantes sociales en la atención clínica individual. En contraste, se evidenciaron mayores dificultades de comprensión y menores niveles de observación en los ítems vinculados a herramientas técnicas, procedimientos organizativos y acciones comunitarias, especialmente aquellas situadas en el nivel comunitario, que presentaron una elevada variabilidad entre los distintos centros de prácticas.

Conclusión: Los resultados ponen de manifiesto una brecha entre los marcos teóricos de la salud comunitaria y su aplicación práctica durante las prácticas clínicas. El Termómetro Comunitario se posiciona como una herramienta útil para promover la reflexión crítica del estudiantado y contribuir al fortalecimiento progresivo de las competencias en salud comunitaria y equidad en el grado en Enfermería.

Palabras clave

Determinantes Sociales de la Salud; Enfermería Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Educación en Enfermería; Equidad en Salud; Prácticas Clínicas.

Application of the Community Thermometer in Undergraduate Nursing Education: Students' Perspectives

Abstract

Objective: To analyze how undergraduate nursing students understand and observe the application of social determinants of health during their clinical placements in Primary Health Care. Specifically, it evaluates the understanding of the items from an adapted version of the Community Thermometer, the frequency of observation of these community practices, and the existing differences among the three levels of intervention (individual consultation, health center, and community).

Methodology: An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted during the 2024-2025 academic year. Convenience sampling was used on a population of 125 first-year undergraduate nursing students. Data were collected through a self-administered online questionnaire, based on an adaptation of the Community Thermometer to the educational context, obtaining a final sample of 106 students who com-

pleted their clinical placements in Primary Health Care centers

Results: Students more frequently understood and observed practices related to equity and the identification of social determinants of health within individual clinical care. In contrast, greater difficulties in understanding and lower levels of observation were identified in items related to technical tools, organizational procedures, and community-based actions, particularly those situated at the community level, which showed high variability across placement sites.

Conclusions: The findings reveal a gap between theoretical frameworks of community health and their practical application during clinical placements. The Community Thermometer emerges as a useful tool to foster critical reflection among nursing students and to progressively strengthen competencies in community health and equity within undergraduate nursing education.

Key words

Social Determinants of Health; Community Nursing; Primary Health Care; Nursing Education; Health Equity; Clinical Practice.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades” [1]. Esta definición resalta la importancia de considerar a la persona de manera integral, tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en su salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, junto con las fuerzas y sistemas que influyen en estas condiciones [2]. Estos determinantes abarcan factores políticos, económicos, sociales, culturales, medioambientales y conductuales. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS, creada en 2005, ha promovido la adopción de diversos modelos teóricos influyentes sobre los determinantes sociales de la salud, entre los que destaca el propuesto por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead. Este modelo muestra que las desigualdades en salud emergen de la interacción entre múltiples niveles de condiciones, que abarcan desde factores individuales hasta el contexto de las políticas nacionales. En su núcleo se sitúan los determinantes no modificables, como la edad, el sexo y la dotación genética, rodeados por capas sucesivas de factores modificables, entre las que se incluyen los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, así como las políticas socioeconómicas y ambientales [3].

Tal y como plantea la OMS, enfrentar los determinantes sociales de la salud requiere de una acción multisectorial y el rechazo de cualquier forma de inequidad, reconociendo que la salud es un derecho humano, resaltando la importancia de abordar tanto factores estructurales como intermedios para mejorar la salud de las poblaciones. Tanto la Declaración de Alma-Ata

(1978) [4], como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) [5], subrayaron tempranamente la necesidad de que las políticas de salud actúen sobre las condiciones sociales económicas y ambientales que influyen en la salud, destacando el papel central de la Atención Primaria de Salud como estrategia clave para crear entornos más favorables y equitativos [2,5].

En España, la Estrategia de Equidad en Salud del Sistema Nacional de Salud [6] complementa distintas iniciativas de abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante la creación de sistemas de información, redes intersectoriales y mecanismos de monitoreo que orientan la toma de decisiones hacia la reducción de desigualdades sociales en salud. Algunos ejemplos a nivel autonómico incluyen el Observatorio de Salud de Asturias [7], incorporando información sobre determinantes y desigualdades de la población asturiana para facilitar la planificación de políticas y acciones comunitarias orientadas a la equidad; y en Cataluña, el Observatori de les Desigualtats en Salut, creado en 2020 dentro de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) [8], centrándose en visibilizar desigualdades en salud y proveer datos para diseñar políticas intersectoriales de salud comunitaria [3,7,8].

Estos sistemas de información y observatorios no solo generan evidencia para la formulación de políticas públicas, sino que también proporcionan un conocimiento esencial para la práctica profesional. En particular, los profesionales sanitarios, y especialmente las enfermeras, desempeñan un papel clave en la identificación y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, aplicando la información disponible para orientar intervenciones y mejorar la salud comunitaria [9,10]. Su formación en Salud Pública y Comunitaria, respaldada por organismos como el Foro de Profesorado Universitario de Salud Pública y la Agencia Nacional de Evaluación de la

Calidad y Acreditación (ANECA), les debe permitir integrar el análisis de desigualdades y la promoción de entornos favorables en la práctica clínica y comunitaria, convirtiéndose en agentes activos en la traducción de la evidencia de los observatorios en estrategias efectivas de reducción de brechas en salud [11,12]. Según el libro Blanco de la titulación de Enfermería el contenido vinculado a salud comunitaria debe ser de tipo obligatorio y el segundo con más peso del total de la titulación (13.5% sobre el total), sólo por detrás de contenidos relacionados con el ámbito de la enfermería clínica (25.5%) [13,14].

No obstante, cabe considerar que la formación de las futuras enfermeras es eminentemente práctica. A nivel español, el Real Decreto 581/2017 [13], que incorpora al ordenamiento jurídico la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo establece que la formación de grado en Enfermería debe incluir un equilibrio entre teoría y práctica, garantizando que al menos la mitad de la formación total corresponda a formación clínica en contextos asistenciales (como hospitales y centros de Atención Primaria) para que los estudiantes desarrollen habilidades prácticas en entornos reales. Esta transposición de la norma comunitaria a la legislación nacional asegura que la formación de las enfermeras sea comparable y reconocible en todo el espacio europeo de educación superior, lo que favorece la movilidad profesional y la calidad de los cuidados. Además, la identidad profesional de las enfermeras debe fomentar la reflexión crítica y el desarrollo de valores éticos y humanísticos que guiarán su práctica futura [16].

Más allá de la regulación, la eficacia de la formación depende de las metodologías y herramientas pedagógicas utilizadas que permitan trasladar los conocimientos sobre determinantes sociales de la salud a la práctica profesional siendo esencial que los estudiantes de enfermería se familiaricen con los determinantes de la salud

desde el inicio de su formación y desde todas las experiencias de aprendizaje, tanto teórico como práctico, para que adquieran una visión integral y global de la salud.

El Termómetro comunitario [17], desarrollado por el Observatorio de Salud en Asturias, es una herramienta diseñada para evaluar la orientación comunitaria de los profesionales sanitarios, especialmente en Atención Primaria. Consiste en un cuestionario estructurado que analiza cómo los profesionales incorporan la salud comunitaria y los determinantes sociales de la salud en tres niveles de intervención: consulta individual, equipo o centro de salud y comunidad en general. Su objetivo es medir y fortalecer la capacidad de los profesionales para integrar la perspectiva comunitaria en la práctica diaria, favoreciendo la identificación de necesidades, la planificación de intervenciones y la promoción de la equidad en salud. Aunque su uso principal está dirigido a profesionales en ejercicio, el Termómetro comunitario también puede adaptarse a contextos formativos, proporcionando a estudiantes y recién graduados una herramienta para reflexionar sobre la aplicación práctica de los determinantes sociales en entornos reales. De esta manera, contribuye tanto a la mejora continua de la práctica profesional como a la preparación de las enfermeras y otros profesionales de la salud en competencias clave de Salud Pública y Comunitaria [17-19].

Este estudio tiene como objetivo analizar la comprensión y aplicación de los determinantes sociales de la salud en las prácticas de Atención Primaria de los estudiantes del grado en Enfermería. Específicamente, se busca determinar el nivel de comprensión de los ítems del Termómetro Comunitario, medir la frecuencia con la que el estudiantado observa dichas prácticas en su día a día, y analizar las diferencias en la aplicación práctica según el nivel de intervención (individual, centro de salud o comunidad).

2. Metodología

2.1. Diseño y participantes

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal durante el curso académico 2024-2025, siguiendo las directrices para la comunicación de estudios observacionales (STROBE) [20]. El estudio se llevó a cabo en el contexto académico de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull (Barcelona, España).

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad del estudiantado de primer curso del grado en Enfermería matriculado en la asignatura de Enfermería Comunitaria (n=125) durante el citado curso académico. Se incluyó a aquellos estudiantes que realizaron sus prácticas clínicas en centros de Atención Primaria pertenecientes al área sanitaria de la Gerencia Territorial de Barcelona Ciudad, Metropolitana Nord y Sud.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en la accesibilidad y la voluntariedad de participación. El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante la calculadora de Netquest, estimándose necesaria una muestra mínima de 86 participantes para una población de 125, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 6%. Finalmente, los datos se recogieron mediante un cuestionario en línea autoadministrado, basado en una adaptación del Termómetro Comunitario, alcanzándose una muestra final de 106 estudiantes.

2.2. Procedimiento y recogida de datos

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario online autoadministrado diseñado a través de la herramienta Google Forms. El acceso al mismo se facilitó mediante código QR proporcionado a los

estudiantes durante una sesión presencial en la clase de Enfermería Comunitaria tras la finalización de sus prácticas. Para el acceso, el formulario se configuró pudiendo acceder con cualquier correo electrónico; no obstante, se garantizó el anonimato de las respuestas configurando la plataforma para no recopilar ni vincular las direcciones de correo con las respuestas emitidas.

La recogida de datos se llevó a cabo en el mes de abril de 2025, tras finalizar el periodo de tres semanas de prácticas clínicas en los centros de salud. Previamente, a principios de marzo, se realizó una sesión informativa para presentar el estudio al alumnado. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario online autoadministrado, cuya cumplimentación tuvo una duración estimada de entre 10 y 15 minutos.

2.3. Instrumento

Se utilizó una versión adaptada al contexto docente del "Termómetro comunitario", herramienta desarrollada originalmente por el Observatorio de Salud en Asturias [18]. El proceso de adaptación consistió en ajustar la redacción de los ítems para orientarlos a la observación del entorno clínico desde la perspectiva del estudiante, manteniendo la estructura original del instrumento. Previo al inicio del estudio, se llevó a cabo un pilotaje con un grupo reducido de 10 estudiantes de tercer curso de enfermería para asegurar la correcta comprensión de los ítems y la viabilidad del cuestionario en este contexto formativo. El instrumento consta de 29 ítems agrupados en tres niveles de análisis: consulta individual, centro de salud y comunidad.

Para fines de esta investigación, el cuestionario se estructuró en dos secciones por cada ítem:

1. Evaluación de la comprensión: El estudiantado debía indicar su nivel de entendimiento de la pregunta (si la entendía, si

no la entendía o si carecía de conocimientos para responder).

2. Valoración de la observación: Aquellos que comprendían la pregunta valoraban, mediante una escala tipo Likert de 0 (nunca observada) a 5 (siempre observada), la frecuencia con la que identificaron dichas acciones de orientación comunitaria durante sus prácticas.

Adicionalmente, el instrumento recogió variables sociodemográficas y académicas, incluyendo edad, identidad de género, país de nacimiento y experiencia laboral previa en Atención Primaria.

2.4. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Dado el carácter ordinal de los datos recogidos en la escala Likert y la ausencia de distribución normal, las variables cuantitativas se resumieron utilizando medianas y rangos intercuartílicos (IQR). No se asumió equidistancia entre las categorías de respuesta, por lo que no se emplearon medias aritméticas. El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico R (versión 4.5.0).

2.5. Consideraciones éticas

El estudio se realizó de conformidad con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de protección de datos (Reglamento General de Protección de Datos). El protocolo de investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universitat Ramon Llull (código de aprobación: 2025-04-06). La participación fue totalmente voluntaria y anónima, obteniéndose el consentimiento informado, en formato digital, de todos los participantes previo al acceso al cuestionario.

Se garantizó la confidencialidad de los datos, que fueron tratados de forma agregada exclusivamente con fines de investigación.

3. Resultados

El periodo de prácticas se desarrolló en 17 centros de salud de Atención Primaria. Estos centros se caracterizan por ser centros urbanos, con distinta densidad poblacional y nivel socioeconómico diverso. Uno de los centros fue de ámbito rural.

3.1. Características de la muestra

La muestra final estuvo compuesta por 106 estudiantes (Tabla 1). Al analizar el perfil sociodemográfico, se observó un predominio del grupo etario joven, donde el 62% (n=66) tenía entre 18 y 24 años, seguido por un 19% (n=20) entre 25 y 30 años. En cuanto a la identidad de género, la mayoría de los participantes fueron mujeres, representando el 83% (n=88) de la muestra, frente a un 16% (n=17) de hombres.

Tabla 1: Datos sociodemográficos

Variable	N	N = 106 ¹
Edad	106	
Entre 18 y 24 años	66	(62%)
Entre 25 y 30 años	20	(19%)
Entre 31 y 40 años	11	(10%)
Más de 41 años	9	(8.5%)
Identidad de género	106	
Mujer	88	(83%)
Hombre	17	(16%)
Prefiero no decirlo	1	(0.9%)
País de nacimiento	106	
Alemania	1	(1.1%)
Andorra	1	(1.1%)
Argentina	2	(2.2%)
Bolivia	2	(2.2%)
Catalunya	1	(1.1%)
Chile	1	(1.1%)

→

Variable	N	N = 106 ¹
China	2	2 (2.2%)
Colombia	5	5 (5.6%)
Ecuador	1	1 (1.1%)
España	68	68 (76%)
Espanya	1	1 (1.1%)
México	1	1 (1.1%)
Perú	2	2 (2.2%)
Rusia	1	1 (1.1%)
No responde	17	17 (11%)
Experiencia previa como trabajador/a de AP		106
No	91	86%
Si	15	14%

Notas: ¹n (%). Fuente: Elaboración propia

Respecto al país de nacimiento, el 76% (n=68) de los participantes nació en España. Entre los estudiantes nacidos en el extranjero, la nacionalidad más frecuente fue la colombiana (5,6%; n=5), seguida de porcentajes menores (2,2%) procedentes de Argentina, Bolivia, China y Perú. En relación con la experiencia laboral previa en Atención Primaria, el 86% (n=91) de los estudiantes no había trabajado anteriormente en este ámbito asistencial (Tabla 1).

3.2. Comprensión de los ítems del Termómetro comunitario

El análisis de la comprensión del instrumento reveló diferencias notables según el tipo de contenido evaluado (Tabla 2). Los ítems relacionados con conceptos generales de salud comunitaria y equidad mostraron niveles muy elevados de comprensión. Destaca el ítem sobre el conocimiento de los problemas de salud de la comunidad por parte del centro (ítem 20), comprendido por el 99,1% (n=105) de los estudiantes. Asimismo, la incorporación de la mirada de equidad en la práctica clínica (ítem 11) y la recogida de determinantes sociales en la historia clínica (ítem 4) fueron comprendidos por el 98,1% (n=104) y el 97,1% (n=103) de los participantes, respectivamente.

Por el contrario, se evidenciaron lagunas de conocimiento en ítems que implican herramientas técnicas o estructuras organizativas específicas. El uso de códigos Z (ítem 6) presentó la mayor dificultad, con un 34,9% (n=37) de estudiantes que manifestaron no disponer de conocimientos para responder. De manera similar, se observaron porcentajes relevantes de desconocimiento en preguntas sobre intervenciones grupales para el malestar social (25,5%; n=27) y sobre la existencia de espacios de trabajo colaborativo no sanitario (22,6%; n=24).

3.3. Observación de las acciones descritas durante las prácticas

En cuanto a la observación de las acciones durante las prácticas clínicas (Tabla 3), los resultados mostraron un gradiente claro entre la atención individual y la comunitaria. Las acciones vinculadas a la consulta individual obtuvieron las valoraciones más altas y homogéneas. La incorporación de la mirada de equidad (ítem 11) y el registro de determinantes sociales en la historia clínica (ítem 4) presentaron una mediana de 5 (siempre observada), con un rango intercuartílico (IQR) de 1 y 2, respectivamente.

Sin embargo, la observación disminuyó en aspectos procedimentales y comunitarios. El uso de códigos Z (ítem 6) obtuvo una mediana de 1 (un poco observada), reflejando una escasa visibilidad de esta herramienta de registro. Finalmente, las acciones del nivel comunitario mostraron la mayor variabilidad y menor frecuencia de observación. Ítems como la existencia de intervenciones grupales para el malestar social (ítem 18) obtuvieron una mediana de 3 (observada alguna vez) con un rango intercuartílico elevado (IQR=4).

Tabla 2. Comprensión de los ítems del Termómetro comunitario

Pregunta	No dispongo de los conocimientos para responder		No se entiende la pregunta		Se comprende la pregunta		Moda	Mediana	IQR
	Frecuencia_0	Frecuencia_Relativa_0	Frecuencia_1	Frecuencia_Relativa_1	Frecuencia_2	Frecuencia_Relativa_2			
1-¿Observas si la entrevista clínica está orientada al usuario en su contexto socioeconómico? (pcom1)	6	0,057	6	0,057	94	0,887	3	3	0
2-¿Observas si se utiliza alguna herramienta (genograma o similares) para realizar la valoración del entorno familiar de la persona atendida? (pcom2)	11	0,104	2	0,019	93	0,877	3	3	0
3-¿Observas si se incorpora en la práctica clínica, de forma sistemática, un abordaje biopsicosocial? (pcom3)	4	0,038	3	0,028	99	0,934	3	3	0
4-¿Observas si se recoge en la historia clínica elementos relacionados con determinantes sociales (económicos, educativos, laborales, etc.) de los usuarios? (pcom4)	3	0,028	0	0	103	0,972	3	3	0
5-¿Observas si se incorpora alguna pregunta para detectar situaciones de pobreza (por, ej. tiene dificultades para llegar a fin de mes o pagar gastos básicos)? (pcom5)	8	0,075	2	0,019	96	0,906	3	3	0
6-¿Observas si se utilizan códigos Z para determinados episodios? (pcom6)	37	0,349	39	0,368	30	0,283	2	2	2
7-¿Observas si en el caso de abordaje social completo, se realiza de forma estructurada un trabajo coordinado con trabajo social? (pcom7)	9	0,085	4	0,038	93	0,877	3	3	0
8-¿Observas si se incorporan en la práctica recomendaciones de diferentes recursos y activos comunitarios para la salud? (pcom8)	3	0,028	1	0,009	102	0,962	3	3	0
9-¿Observas si se recoge de manera estructurada en la historia clínica elementos relacionados con activos personales y del entorno inmediato: redes de ayuda, recursos personales...? (pcom9)	6	0,057	1	0,009	99	0,934	3	3	0
10-¿Observas si se utiliza una metodología de forma sistemática en las actividades de educación para la salud que se realizan habitualmente? (pcom10)	8	0,075	0	0	98	0,925	3	3	0
11-¿Observas si se incorpora una mirada de equidad en los diferentes ejes de desigualdad (género, clase social, etnia, territorio, edad, orientación, creencias...) en la práctica? (pcom11)	2	0,019	0	0	104	0,981	3	3	0
12-Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del trabajo clínico? (pcom12)	3	0,028	4	0,038	99	0,934	3	3	0
13-¿Se realizan de forma habitual en el Centro de Salud sesiones formativas relacionadas con la educación para la salud, promoción de la salud o salud comunitaria? (pcom13)	4	0,038	0	0	102	0,962	3	3	0
14-¿Hay alguna persona del centro de salud con dedicación más expresa a trabajar en promoción de la salud o salud comunitaria? (pcom14)	8	0,075	2	0,019	96	0,906	3	3	0
15-¿Se desarrollan intervenciones grupales de educación para la salud en el centro? (pcom15)	3	0,028	3	0,028	100	0,943	3	3	0
16-¿Se desarrollan intervenciones de educación para la salud fuera del centro? (pcom16)	16	0,151	2	0,019	88	0,83	3	3	0
17-¿Las intervenciones de educación para la salud que se realizan, incorporan una perspectiva de determinantes sociales o se centran exclusivamente en conductas individuales? (pcom17)	10	0,094	7	0,066	89	0,84	3	3	0

→

Pregunta	No dispongo de los conocimientos para responder		No se entiende la pregunta		Se comprende la pregunta		Moda	Mediana	IQR
	Frecuencia_0	Frecuencia_Relativa_0	Frecuencia_1	Frecuencia_Relativa_1	Frecuencia_2	Frecuencia_Relativa_2			
18- ¿Existen intervenciones grupales orientadas al abordaje del malestar social (ej. Atención a malestares, Metodología de Procesos Correctores Comunitarios, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) o similares? (pcom18)	27	0,255	7	0,066	72	0,679	3	3	1,75
19- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo coordinador del Centro de Salud? (pcom19)	6	0,057	3	0,028	97	0,915	3	3	0
20- Tu Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales problemas de salud de la comunidad? (pcom20)	1	0,009	0	0	105	0,991	3	3	0
21- Su Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales activos de salud y recursos de su comunidad? (pcom21)	3	0,028	0	0	103	0,972	3	3	0
22- ¿Existe alguna estructura de participación local en la que participe tu Centro de Salud (consejo de salud, consejo de participación, mesa intersectorial o similares)? (pcom22)	23	0,217	5	0,047	78	0,736	3	3	1
23- En caso de existir la estructura, ¿es un espacio donde se trabaje de forma colaborativa y con un enfoque de salud (no sanitario)? (pcom23)	24	0,226	8	0,075	74	0,698	3	3	1
24- Si existen, ¿se trabaja de acuerdo con planes de actuación estructurados con objetivos y tareas planificadas? (pcom24)	18	0,17	2	0,019	86	0,811	3	3	0
25- ¿Se incorpora la perspectiva de equidad en el trabajo comunitario en el que participa el Centro de Salud? (pcom25)	10	0,094	3	0,028	93	0,877	3	3	0
26- ¿Hay apoyo por parte del equipo directivo de tu zona a la orientación comunitaria de tu centro de salud? (pcom26)	15	0,142	2	0,019	89	0,84	3	3	0
27- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo directivo en tu área sanitaria? (pcom27)	10	0,094	1	0,009	95	0,896	3	3	0
28- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de los municipios de tu zona? (pcom28)	17	0,16	1	0,009	88	0,83	3	3	0
29- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de la población y la red asociativa de tu zona de prácticas? (pcom29)	9	0,085	2	0,019	95	0,896	3	3	0

Notas: fi0 Frecuencia 0; fr0 Frecuencia relativa 0; fi1 Frecuencia 1; fr0 Frecuencia relativa 1; fi2 Frecuencia 2; fr2 Frecuencia relativa 2;

Mo: Moda; \bar{x} =Media ;IQR= Rango inter Quartil. Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Observación de las acciones descritas en el Termómetro comunitario durante las prácticas de salud comunitaria

Id_item	Nunca observada (0)		1		2		3		4		Siempre observada (5)		Mediana	IQR
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR		
1-¿Observas si la entrevista clínica está orientada al usuario en su contexto socioeconómico? (pobs1)	8	8%	8	8%	4	4%	16	15%	36	34%	34	32%	Observada siempre (5)	2
2-¿Observas si se utiliza alguna herramienta (genograma o similares) para realizar la valoración del entorno familiar de la persona atendida? (pobs2)	24	23%	20	19%	11	10%	11	10%	19	18%	21	20%	Observada alguna vez(3)	3
3-¿Observas si se incorpora en la práctica clínica, de forma sistemática, un abordaje biopsicosocial? (pobs3)	5	5%	3	3%	7	7%	23	22%	37	35%	31	29%	Observada siempre (5)	2
4-¿Observas si se recoge en la historia clínica elementos relacionados con determinantes sociales (económicos, educativos, laborales, etc.) de los usuarios? (pobs4)	2	2%	5	5%	9	9%	19	18%	22	21%	49	46%	Observada siempre (5)	2
5-¿Observas si se incorpora alguna pregunta para detectar situaciones de pobreza (por, ej. tiene dificultades para llegar a fin de mes o pagar gastos básicos)? (pobs5)	11	10%	11	10%	13	12%	16	15%	36	34%	19	18%	Observada siempre (5)	2
6-¿Observas si se utilizan códigos Z para determinados episodios? (pobs6)	77	73%	3	3%	2	2%	4	4%	12	11%	8	8%	Un poco observada (1)	1
7-¿Observas si en el caso de abordaje social completo, se realiza de forma estructurada un trabajo coordinado con trabajo social? (pobs7)	14	13%	3	3%	4	4%	14	13%	37	35%	34	32%	Observada siempre (5)	2
8-¿Observas si se incorporan en la práctica recomendaciones de diferentes recursos y activos comunitarios para la salud? (pobs8)	2	2%	2	2%	1	1%	9	9%	41	39%	51	48%	Observada siempre (5)	1
9-¿Observas si se recoge de manera estructurada en la historia clínica elementos relacionados con activos personales y del entorno inmediato: redes de ayuda, recursos personales...? (pobs9)	5	5%	8	8%	6	6%	16	15%	37	35%	34	32%	Observada siempre (5)	2
10-¿Observas si se utiliza una metodología de forma sistemática en las actividades de educación para la salud que se realizan habitualmente? (pobs10)	6	6%	4	4%	5	5%	12	11%	36	34%	43	41%	Observada siempre (5)	2
11-¿Observas si se incorpora una mirada de equidad en los diferentes ejes de desigualdad (género, clase social, etnia, territorio, edad, orientación, creencias...) en la práctica? (pobs11)	2	2%	3	3%	2	2%	18	17%	26	25%	55	52%		1

Id_item	Nunca observada (0)		1		2		3		4		Siempre observada (5)		Mediana	IQR
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR		
12- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del trabajo clínico? (pobs12)	6	6%	2	2%	3	3%	15	14%	43	41%	37	35%	Observada siempre (5)	1
13- ¿Se realizan de forma habitual en el Centro de Salud sesiones formativas relacionadas con la educación para la salud, promoción de la salud o salud comunitaria? (pobs13)	5	5%	2	2%	1	1%	14	13%	12	11%	72	68%		1
14- ¿Hay alguna persona del centro de salud con dedicación más expresa a trabajar en promoción de la salud o salud comunitaria? (pobs14)	9	9%	3	3%	7	7%	17	16%	21	20%	49	46%	Observada siempre (5)	2
15- Se desarrollan intervenciones grupales de educación para la salud en el centro (pobs15)	9	9%	2	2%	1	1%	12	11%	29	27%	53	50%	Observada siempre (5)	1
16- ¿Se desarrollan intervenciones de educación para la salud fuera del centro? (pobs16)	22	21%	3	3%	10	9%	15	14%	20	19%	36	34%	Observada siempre (5)	3
17- ¿Las intervenciones de educación para la salud que se realizan, incorporan una perspectiva de determinantes sociales o se centran exclusivamente en conductas individuales? (pobs17)	18	17%	2	2%	5	5%	17	16%	37	35%	27	26%	Observada siempre (5)	2
18- ¿Existen intervenciones grupales orientadas al abordaje del malestar social (ej. Atención a malestares, Metodología de Procesos Correctores Comunitarios, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) o similares? (pobs18)	40	38%	2	2%	12	11%	15	14%	17	16%	20	19%	Observada alguna vez(3)	4
19- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo coordinador del Centro de Salud? (pobs19)	8	8%	0	0%	4	4%	16	15%	33	31%	45	43%	Observada siempre (5)	2
20- Tu Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales problemas de salud de la comunidad? (pobs20)	1	1%	0	0%	1	1%	13	12%	31	29%	60	57%		1
21- Su Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales activos de salud y recursos de su comunidad? (pobs21)	1	1%	0	0%	3	3%	16	15%	37	35%	49	46%	Observada siempre (5)	1
22- ¿Existe alguna estructura de participación local en la que participe tu Centro de Salud (consejo de salud, consejo de participación, mesa intersectorial o similares)? (pobs22)	32	30%	10	9%	1	1%	16	15%	20	19%	27	26%	Bastante observada (4)	5

Id_item	Nunca observada (0)		1		2		3		4		Siempre observada (5)		Mediana	IQR
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR		
23- En caso de existir la estructura, ¿es un espacio donde se trabaje de forma colaborativa y con un enfoque de salud (no sanitario)? (pobs23)	34	32%	4	4%	3	3%	12	11%	21	20%	32	30%	Bastante observada (4)	5
24- Si existen, ¿se trabaja de acuerdo con planes de actuación estructurados con objetivos y tareas planificadas? (pobs24)	21	20%	3	3%	4	4%	19	18%	25	24%	34	32%	Observada siempre (5)	3
25- ¿Se incorpora la perspectiva de equidad en el trabajo comunitario en el que participa el Centro de Salud? (pobs25)	10	9%	2	2%	1	1%	14	13%	34	32%	45	43%	Observada siempre (5)	2
26- ¿Hay apoyo por parte del equipo directivo de tu zona a la orientación comunitaria de tu centro de salud? (pobs26)	19	18%	4	4%	3	3%	16	15%	26	25%	38	36%	Observada siempre (5)	2
27- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo directivo en tu área sanitaria? (pobs27)	11	10%	1	1%	10	9%	12	11%	36	34%	36	34%	Observada siempre (5)	2
28- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de los municipios de tu zona? (pobs28)	17	16%	4	4%	1	1%	22	21%	29	27%	33	31%	Observada siempre (5)	2
29- Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de la población y la red asociativa de tu zona de prácticas? (pobs29)	10	9%	2	2%	3	3%	17	16%	33	31%	41	39%	Observada siempre (5)	2

Notas: FA (frecuencia absoluta); FR (frecuencia relativa); IQR= Rango inter Quartil. Fuente: Elaboración propia

4. Discusión

En consonancia con el objetivo del estudio, los resultados muestran que el estudiantado identifica con mayor frecuencia y homogeneidad las prácticas relacionadas con la atención individual y clínica, mientras que las acciones de carácter más estructural y comunitario aparecen menos visibles o menos consolidadas durante las prácticas formativas del grado. Este patrón se observa de manera consistente tanto en la comprensión de los ítems del cuestionario como en la observación de las acciones descritas, evidenciando una mayor familiaridad de los estudiantes con interven-

ciones centradas en la práctica clínica cotidiana frente a aquellas que requieren una mayor sistematización organizativa y un enfoque comunitario más explícito [21,22].

En relación con la comprensión del cuestionario, los estudiantes muestran un alto nivel de entendimiento en aquellas preguntas vinculadas a aspectos generales de la orientación comunitaria, como el conocimiento de los principales problemas de salud de la comunidad o la incorporación de una mirada de equidad en la práctica clínica [23]. Por el contrario, las mayores dificultades de comprensión se concentran en ítems específicos y técnicos,

como el uso de los códigos Z o la identificación de determinadas estructuras comunitarias, lo que apunta a posibles lagunas formativas o a una escasa exposición del estudiantado a estas herramientas durante la práctica asistencial [21,22].

En cuanto a la observación de las acciones durante las prácticas clínicas, la percepción relativamente homogénea del estudiantado en los ítems de atención individual sugiere que dichas prácticas están más integradas en la dinámica asistencial cotidiana [21,22]. No obstante, las acciones que implican el uso de herramientas estructuradas, como el registro sistemático de determinantes sociales, son observadas con menor frecuencia y muestran mayor variabilidad, coincidiendo con estudios previos que señalan dificultades organizativas para su implementación efectiva [21,23].

Es notable que las acciones situadas en el nivel comunitario, como la existencia de intervenciones grupales o espacios de trabajo colaborativo, presentan los niveles más bajos de observación y una mayor heterogeneidad. Esta variabilidad sugiere diferencias relevantes entre los centros de prácticas en cuanto al desarrollo y visibilidad de la acción comunitaria, un fenómeno descrito en investigaciones sobre Atención Primaria orientada a la comunidad [24]. El hallazgo pone de manifiesto una asimetría entre el abordaje clínico individual y el comunitario, donde el estudiantado encuentra mayores dificultades para reconocer herramientas y estructuras que requieren una mayor sistematización organizativa [21,22].

La definición integral de salud de la OMS y el modelo de determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead enfatizan la necesidad de actuar más allá del ámbito clínico individual [23]. Sin embargo, los resultados evidencian que, durante las prácticas formativas, las intervenciones vinculadas a los niveles estructurales y co-

munitarios aparecen menos integradas. Esta discrepancia resalta una brecha entre el marco teórico de salud pública y su traducción práctica en los contextos asistenciales. Aunque la formación en Enfermería incorpora los determinantes sociales, su aplicación práctica continúa condicionada por el predominio del enfoque asistencial individual, lo que puede limitar la vivencia del estudiantado como agente activo en la acción comunitaria, a pesar del papel central de la enfermería en los marcos de equidad en salud [12,13,17].

En este contexto, el uso del Termómetro comunitario permite visibilizar esta dualidad entre el enfoque integral promovido teóricamente y la realidad cotidiana observada, ofreciendo una oportunidad para reforzar la coherencia entre formación y práctica profesional [17,19,22,23].

Estos hallazgos indican, por un lado, una percepción consistente de la aplicación diaria de la mirada de equidad a nivel de consulta, pero a su vez sugieren una gran heterogeneidad entre los distintos centros de salud en la implementación de actividades puramente comunitarias. Las implicaciones educativas de estos resultados hacen prioritario plantear cómo aplicarlos a la formación de los futuros profesionales de enfermería. Los datos evidencian que todavía existe una carencia en la capacitación para el trabajo en equipo mediante intervenciones grupales o en espacios de trabajo colaborativo, los cuales resultan menos visibles para el estudiantado en comparación con el claro predominio del desempeño individual. Por tanto, la formación en enfermería comunitaria debe fortalecer las estrategias pedagógicas que acerquen al alumnado a las dimensiones estructurales e intersectoriales de la Atención Primaria, garantizando que el futuro profesional adquiera competencias no solo en el entorno de la consulta, sino como un agente activo en la comunidad

Por último, es necesario señalar las limitaciones del estudio. Los resultados se basan en la percepción subjetiva del estudiantado, lo que puede estar influido por su grado de implicación o conocimientos previos. Asimismo, la muestra se circunscribe a un contexto académico específico

y se utilizó un muestreo por conveniencia, lo que sugiere prudencia en la generalización de los hallazgos a otros entornos formativos o sanitarios. No obstante, el uso de un instrumento validado y adaptado permite una aproximación sistemática a la realidad docente en Atención Primaria.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
2. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington D.C.: PAHO; 2009 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. Ministerio de Sanidad. Equidad en salud y desigualdades sociales en salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/home.htm>
4. OMS, UNICEF. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: OMS; 1978 [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Ottawa: OMS; 1986 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
6. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Equidad en Salud del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/home.htm>
7. Casajuana Kögel C, Cofiño R, López MJ. Evaluación del Observatorio de Salud de Asturias: métricas de web y redes sociales, y opinión de los profesionales de la salud. Gac Sanit. 2014;28(3):183-9.
8. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Observatori de les Desigualtats en Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat/ca/fem/observatori-desigualtats-salut>

9. Cardo Miota A, Valls Pérez B, Gil García E, Hernán García M. Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gac Sanit.* 2023;37:102269.
10. Valls B, Calderón S, March JC, Oltra E. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [citado 13 de enero de 2026];32(S1). Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salud-comunitaria-retos-amenazas-y-oportunidades-informe-sespas-2018/>
11. Pan American Health Organization. PAHO/WHO [Internet]. Washington D.C.: PAHO; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en>
12. International Council of Nurses. Homepage [Internet]. Ginebra: ICN; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.icn.ch/homepage>
13. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco del título de grado de Enfermería [Internet]. Madrid: ANECA; 2004 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_jun05_enfer%20meria.pdf
14. Lana A, Caamaño F, Baltasar A, Amezcua C, Vives C, Davó MC. Competencias y contenidos de salud pública del grado de enfermería en las universidades españolas [Internet]. Alicante: Foro de Profesorado Universitario de Salud Pública; s.f. [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://web.ua.es/es/foro-profesorado-salud-publica/documentos/enfermeria/competencias-y-contenidos-salud-publica-grado-enfermeria.pdf>
15. España. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 10 de junio de 2017 [citado 19 de agosto de 2024];(138). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2017/06/09/581/con>
16. Groothuizen JE. Axiological reflection for nursing ethics education: The missing link in understanding value conflicts. *Nurs Ethics.* 2025 Jun;32(4):1230-1239. doi: 10.1177/09697330241295369. <https://doi.org/10.1177/09697330241295369>
17. Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, Hernán García M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
18. Observatorio de Salud en Asturias. Termómetro de orientación comunitaria [Formulario Internet]. s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScLYM7BlkcquOtK7GXG6Yd2kiNjEfOJYCjO1DC2ZtKo-QtBdNg/viewform>
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencia/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

20. Iniciativa STROBE. Declaración STROBE: directrices para la comunicación de estudios observacionales [Internet]. Red EQUATOR; 2015 [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_Spanish.pdf
21. Rodoreda-Pallàs B, Lumillo-Gutiérrez I, Miró Catalina Q, Torra Escarrer E, Sanahuja Juncadella J, Morin Fraile V. Recording of Social Determinants in Computerized Medical Records in Primary Care Consultations: Quasi-Experimental Study. JMIR Form Res. 2023;7:e41706. <https://doi.org/10.2196/41706>
22. Rodríguez-Benito L, Benedé-Azagra CB, Cubillo-Llanes J, Calderón-Larrañaga S, et al. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». Rev Clin Med Fam. 2023;16(3):286-92. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160308>
23. Jiménez Carrillo M, Fernández Rodker J, Sastre Paz M, Alberquilla Menendez-Asenjo Á. Does the Electronic Health Record reflect the social determinants of health from Primary Health Care? Aten Primaria. 2021;53(1):36-42. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.01.007>
24. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Granada: EASP; 2013 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Estocolmo: Institute for Futures Studies; 1991.

