



ORIGINAL

Reorientación comunitaria de la atención primaria en un área de salud: proyecto ROCAP[☆]



Marivi Verdeguez Gómez^{a,b}, Concha Llopis Tortosa^a, Miguel Murcia Soler^a,
Joan Paredes Carbonell^{a,c}, José Manuel Soler Torro^{a,d} y Carlos Herrero Gil^{a,b,*}

^a Dirección de Atención Primaria, Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Valencia, España

^b Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Grupo ALES (Fundación FISABIO), Valencia, España

^d Departamento de Estadística e Investigación Operativa Aplicada y Calidad, Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España

Recibido el 1 de septiembre de 2023; aceptado el 9 de febrero de 2024

Disponible en Internet el 2 de abril de 2024

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;
Reorientación;
Salud comunitaria;
Promoción de la salud

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención para incorporar actividades grupales y comunitarias de forma sostenida en todas las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de un área de salud.

Diseño: Durante enero y febrero de 2019 dos miembros del equipo investigador se desplazaron a cada ZBS para entrevistarse con los coordinadores médicos y de enfermería que habían recibido previamente por correo electrónico un cuestionario de evaluación inicial (QAI) elaborado *ad hoc*.

Sitio: El ámbito son las 11 ZBS de un área de salud.

Participantes: La población de estudio son las ZBS y los respectivos equipos representados por las coordinaciones médicas y de enfermería.

Intervenciones: Impulsar una comisión de salud comunitaria, realizar acciones formativas, registro de actividades en historia clínica e incorporar objetivos de gestión.

Mediciones principales: Se realizó análisis cuantitativo y cualitativo pre y post tras el primer año de intervención.

Resultados: En la evaluación pre: 6 equipos de atención primaria (EAP) refirieron tener actividades grupales, 4 estaban participando en proyectos de acción local, 4 tenían un profesional referente de las actividades comunitarias, 3 participaban en proyectos con población en situación de vulnerabilidad y 4 manifestaron tener reuniones específicas sobre salud comunitaria. Tras la intervención: 11 EAP tenían actividades grupales, 8 un profesional referente, 6 estaban participando en proyectos de acción local, 4 colaboraban en proyectos con población vulnerable y 5 mantenían reuniones sobre salud comunitaria.

[☆] Este trabajo ha sido previamente presentado en la II Trobada Investigadors Fundació FISABIO, octubre de 2019, y la I Jornada de Investigación en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, Fundación FISABIO, noviembre de 2021.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: herrero_cargil@gva.es (C. Herrero Gil).

Conclusiones: La intervención se mostró efectiva tras su primer año de implementación, ya que todos los EAP realizaban actividades grupales y colaboraban con los ayuntamientos de la zona; la mayoría tenían profesionales referentes en atención comunitaria y, en menor medida, se incrementó la participación en proyectos de acción local y en población en situación de vulnerabilidad.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Primary care;
Reorientation;
Community health;
Health promotion

Community reorientation of primary care in a health area: ROCAP project

Abstract

Aim: Evaluate the effectiveness of an intervention to incorporate group and community activities on a sustained basis in all the Basic Health Zones (ZBS) of a health area.

Design: During January and February 2019, two members of the research team traveled to each ZBS to interview the medical and nursing coordinators who had previously received an ad hoc initial assessment questionnaire (QAI) by email.

Place: The scope is the 11 ZBS of a health area.

Participants: The study population is the ZBS and the respective teams represented by the medical and nursing coordinations.

Interventions: Promote a community health commission, carry out training actions, record activities in clinical history and incorporate management objectives.

Main measurements: Quantitative and qualitative analysis was carried out pre and post after the first year of intervention.

Results: In the pre-evaluation: 6 primary care teams (EAP) reported having group activities, 4 were participating in local action projects, 4 had a professional referent for community activities, 3 participated in projects with populations in vulnerable situations and 4 stated have specific meetings on community health. After the intervention: 11 EAPs had group activities, 8 had a reference professional, 6 were participating in local action projects, 4 collaborated in projects with vulnerable populations and 5 held meetings on community health.

Conclusions: The intervention proved effective after its first year of implementation, since all the EAPs carried out group activities and collaborated with the local councils in the area; the majority had leading professionals in community care and, to a lesser extent, participation in local action projects and in vulnerable populations increased.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

La atención primaria de salud (APS), según Alma Ata, se apoya en la orientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la prevención, el desarrollo de la APS como eje vertebrador del sistema de salud y la participación comunitaria¹. En la década de los noventa se centró en la atención a problemas de salud y seguimiento de patologías crónicas con una orientación individual y medicalizada que supuso el debilitamiento progresivo del enfoque comunitario². Cuarenta años después de Alma Ata se celebra la Conferencia de Astana³, donde se establecen compromisos en áreas clave, como: a) tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores; b) construir una APS sostenible, y c) empoderar a individuos y comunidades. La acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud son también estrategias de acción que se formulan en la Carta de Ottawa⁴ y siguen vigentes en las estrategias internacionales⁵ y estatales⁶. Uno de los objetivos del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria en España es reforzar la orientación comunitaria en APS⁶.

Diversos autores han señalado que existe evidencia del beneficio de las acciones comunitarias en APS^{7,8}, especialmente en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, aumento de la actividad física, prevención de caídas y mejora del autocuidado⁹. Además, las acciones comunitarias permiten abordar los problemas de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales, la salutogénesis y el modelo de activos para la salud¹⁰.

Así pues, reforzar la orientación comunitaria significa que la cartera de servicios de APS incluya la atención comunitaria, y para ello es importante considerar el papel del equipo de atención primaria (EAP) y que este disponga de habilidades para poder ofrecer: 1) asistencia individual y familiar con orientación comunitaria; 2) educación para la salud grupal, y 3) acción comunitaria en salud¹¹. En el área de salud de La Ribera y en el marco de las estrategias estatales y autonómicas^{12,13} se ha desarrollado el proyecto ROCAP (Re-Orientación Comunitaria de la Atención Primaria), una intervención para impulsar la reorientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención de manera sostenida y no puntual en los EAP. En el presente trabajo se presenta

la evaluación de los resultados tras el primer año de implementación.

Material y métodos

El diseño es un estudio observacional de evaluación de una intervención, el proyecto ROCAP, consistente en implementar un plan de acción para incorporar actividades grupales y comunitarias en los EAP de una área de salud. Esta intervención se llevó a cabo desde enero de 2019 hasta febrero de 2020 en la estructura de APS del Departamento de Salud de La Ribera (Comunitat Valenciana), que atiende a 259.000 personas de 30 municipios de carácter rural y urbano, distribuidos en 11 zonas básicas de salud (ZBS). La población de estudio son los 11 EAP representados por las coordinaciones médica y de enfermería. La dirección de atención primaria es la que impulsó el proyecto, y este estudio de evaluación estuvo financiado por la fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO).

Descripción de la intervención del proyecto ROCAP

Recogida de la información inicial

Por parte del equipo investigador se desarrolló un cuestionario de evaluación *ad hoc* dirigido a las y los coordinadores médicos y de enfermería de las 11 ZBS. En él se recogían las dimensiones que servirían para evaluar los resultados tras la intervención:

1. Existencia en el equipo de un/a profesional referente en atención comunitaria.
2. Número y tipo de actuaciones en cada EAP que cumplirían criterios de actividad grupal o comunitaria¹⁴.
3. Reuniones relacionadas con la atención comunitaria. Existencia, número y periodicidad de reuniones dentro del propio EAP o fuera del mismo.
4. Participación del equipo en proyectos de acción local. Relación del EAP con ayuntamientos y asociaciones fuera del centro de salud: nombre de la entidad y descripción del tipo de relación.
5. Colaboración en acciones dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad.
6. Dificultades y oportunidades que existen en la ZBS para impulsar las actividades comunitarias: descripción de las dificultades y oportunidades identificadas.
7. Necesidades y propuestas para mejorar las actividades comunitarias: descripción de necesidades y propuestas.

Durante enero y febrero de 2019 dos miembros del equipo investigador se desplazaron a cada ZBS para entrevistarse con las y los coordinadores que, previamente, habían recibido el cuestionario por correo electrónico.

Intervención

La intervención consistió, en primer lugar, en reactivar la Comisión de Salud Comunitaria del Departamento de Salud. Se creó una comisión multidisciplinaria de la que formaban parte 35 profesionales de salud pública (técnicos), atención primaria (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales), educación (técnico en formación de profesorado) y ámbito municipal (técnicos en prevención de drogodependencias), y

se organizó en tres subcomisiones (Acción local y equidad en salud, Entorno sanitario y Entorno educativo) y varios subgrupos en función de los ámbitos de trabajo (fig. 1). También se invitó a personas externas a la Comisión como profesorado y técnicos de juventud. El objetivo de cada grupo fue diseñar y poner en marcha actividades grupales y comunitarias que se pudieran implementar en todas las ZBS del Departamento de Salud, estuvieran basadas en la evidencia, evaluables y con la documentación necesaria para que pudieran ser replicadas en cada ZBS.

En segundo lugar, en todas las ZBS se llevaron a cabo tres acciones formativas dentro del horario de trabajo de dos horas de duración en las que participaron 68 profesionales de enfermería. En estas sesiones, en formato taller y basadas en el aprendizaje significativo¹⁵, se abordaron los conceptos de salud, determinantes de salud, promoción de salud y salud comunitaria, así como los niveles de orientación comunitaria y cómo llevarlos a la práctica.

En tercer lugar, se incluyó como objetivo en el sistema de incentivación de cada EAP la realización de acciones comunitarias de manera sostenida y no puntual durante el año 2019.

En cuarto lugar, en todas las reuniones mensuales de la dirección de APS con las coordinaciones de los equipos, uno de los puntos a tratar fue el de proporcionar información de la situación en cuanto a la incorporación de las acciones comunitarias. Además, desde la dirección se realizaron una serie de propuestas a las 11 coordinaciones médicas y de enfermería para incrementar el número y la calidad de estas acciones:

- Tratar de homogeneizar y planificar de forma anual todas las actividades para que estas sean sostenibles y no puntuales.
- Crear espacios en las agendas diarias para estas.
- Proporcionar formación en atención grupal y comunitaria a demanda de cada equipo.
- Promover la realización de informes participativos de situación de salud a nivel municipal.
- Potenciar el trabajo con ayuntamientos, asociaciones y otros agentes.

La actividad que se priorizó fue la realización de un programa de paseos saludables («La Ribera Camina») en todas las ZBS¹⁶. Este programa ya estaba funcionando en dos de las zonas y se promovió su extensión progresiva en toda el área, presentándolo a todos los equipos e implicando a los respectivos ayuntamientos y asociaciones ciudadanas. Además, cada EAP tenía que incorporar uno de los programas siguientes: talleres de bienestar emocional¹⁷, o bien red de promoción de autocuidados en personas cuidadoras¹⁸.

Se incluyeron indicadores de atención comunitaria en el sistema de incentivación de los profesionales de los equipos.

Recogida de información tras el primer año de la intervención

En enero y febrero de 2020 se realizaron nuevamente las entrevistas a los coordinadores médicos y de enfermería de todas las ZBS mediante el mismo cuestionario de evaluación.

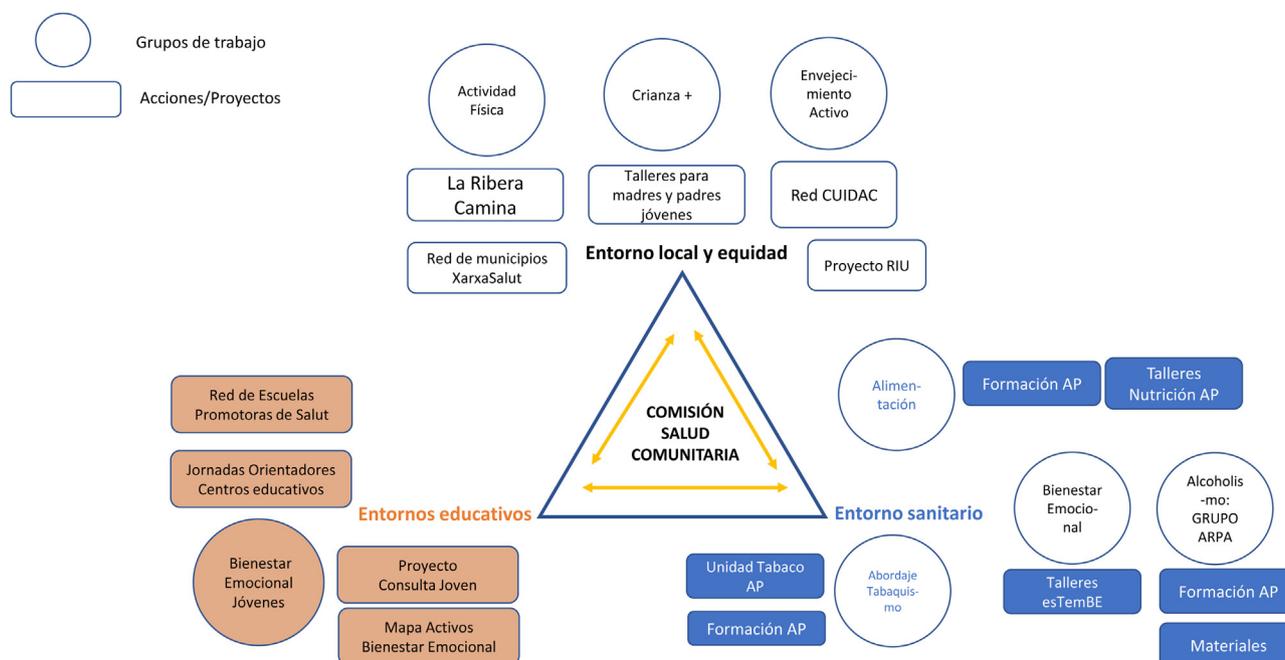


Figura 1 Organización de la Comisión de Salud Comunitaria del Departamento de Salud de La Ribera.

Evaluación de la intervención

Se tuvieron en cuenta las dimensiones enunciadas anteriormente y que se recogieron en el cuestionario antes y después de la intervención. Como instrumento de medición se utilizó este cuestionario.

Análisis

Se elaboró una base de datos en donde se incluyó la información cuantitativa y cualitativa recogida en el cuestionario antes y después de la intervención en cada una de las 11 ZBS. En relación con el análisis cuantitativo, se contabilizaron y compararon las diferencias antes y después de la intervención en las variables: número de profesionales referentes en atención comunitaria, número de actividades grupales que realiza el equipo, número de reuniones relacionadas con la atención comunitaria, número de equipos con acciones dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad y número de equipos implicados en proyectos de acción local. En relación con el análisis cualitativo, se transcribieron las respuestas abiertas del cuestionario a la base de datos y se realizó un análisis temático del discurso tratando de identificar diferencias entre las narrativas previas y posteriores a la intervención en relación con las dificultades y las oportunidades para realizar actividades comunitarias y con necesidades y propuestas expresadas.

Cuestiones éticas

Se solicitó consentimiento informado de forma verbal a los profesionales entrevistados. El estudio de evaluación del proyecto ROCAP fue aprobado por la Comisión de Investigación - Comité de Ética del Departamento de Salud (TI-01012020) y cumplió con la normativa legal sobre

confidencialidad de datos (Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]).

Resultados

Según la información proporcionada por las coordinaciones médicas y de enfermería antes de la intervención, 7 equipos referían realizar actividades grupales sobre formación para personas cuidadoras, talleres sobre nutrición o «paseos» para promover la actividad física en personas mayores y con enfermedades crónicas. Estas actividades tenían carácter puntual y, salvo excepciones, no se ofrecían de forma continuada (tabla 1). Tras un año de intervención, 11 equipos (todos) referían tener de forma continuada actividades grupales en actividad física (18 municipios se habían adherido al programa «La Ribera Camina» y las 11 ZBS tenían al menos un municipio en el programa) y todos mantenían relación continuada con los ayuntamientos; 6 de los 11 referían actividades de promoción de salud en personas mayores y en personas cuidadoras, y uno de promoción del bienestar emocional (tabla 1).

Antes de la intervención, 4 EAP referían tener reuniones específicas sobre atención comunitaria, y en 3 EAP se identificó colaboración en proyectos dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad; 4 equipos referían tener un/a profesional referente y mantener reuniones sobre atención comunitaria, reuniones que no eran periódicas (tabla 2). Después de la intervención, 8 de los equipos referían tener a profesionales referentes (en 3 equipos existía más de un referente), 6 EAP realizaban reuniones específicas (en 3 con periodicidad en las mismas), 6 estaban participando en proyectos de acción local en salud y 4 colaboraban en proyectos dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad (tabla 2).

Tabla 1 Actividades grupales y comunitarias en los equipos de atención primaria (EAP) del Departamento de Salud de La Ribera (Valencia) antes y después de la intervención

EAP	Acción local		Actividad física		Bienestar emocional		Cuidar al cuidador		Vulnerabilidad	
	Participación en proyectos de acción local en salud		Programa <i>La Ribera Camina</i> de paseos saludables		<i>Programa esTemBe</i> de talleres de bienestar emocional		Formación cuidadores (<i>Programa CUIDAC</i>) y personas mayores (<i>Invierno y Salud</i>)		Participación en proyectos de salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
I	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
II	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
III	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
IV	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
V	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
VI	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
VII	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
VIII	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
IX	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
X	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
XI	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
TOTALES	4 (35%)	6 (55%)	2 (18%)	11 (100%)	0	1 (9%)	2 (18%)	6 (55%)	3 (27%)	4 (36%)

Tabla 2 Relaciones y organización de la atención comunitaria en los equipos de atención primaria (EAP) del departamento de salud de La Ribera (Valencia) antes y después de la intervención

EAP	Ayuntamientos		Asociaciones		Referentes		Reuniones EAP		Reuniones externas	
	Acciones conjuntas en colaboración con ayuntamientos		Acciones conjuntas con grupos y asociaciones locales		Existencia de referentes de actividades comunitarias en el equipo		Reuniones específicas de salud comunitaria dentro del equipo		Reuniones con otras entidades fuera del equipo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
I	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
II	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1
III	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
IV	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
V	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
VI	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
VII	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
VIII	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
IX	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
X	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
XI	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
TOTALES	1 (9%)	11 (100%)	1 (9%)	5 (45%)	4 (36%)	8 (73%)	4 (35%)	5 (45%)	0	7 (64%)

En cuanto a las relaciones intersectoriales, solo uno de los equipos mantenía colaboración continuada con el ayuntamiento y con asociaciones. Cuatro de los 11 EAP estaban participando en proyectos de acción local liderados por los ayuntamientos y acudiendo a las reuniones a las que se les convocaba pero sin que hubiera devolución al EAP. Tras la intervención, todos los equipos habían establecido relaciones con los ayuntamientos, se había ampliado la relación con el ámbito asociativo y 7 mantenían reuniones fuera del centro (tabla 2).

En la figura 2 se puede observar la diferencia entre estos indicadores antes y después de la intervención expresada con el aumento del área del polígono post respecto al pre. Las acciones grupales y las reuniones con ayuntamientos son las dos variables que más mejoraron.

En relación con las dificultades para impulsar la atención grupal y comunitaria, no se detectaron diferencias respecto a las manifestadas en la evaluación inicial. Se planteó la necesidad de reorganizar las agendas, aumentar la formación, introducir cambios en la forma de organizar el trabajo, cambiar el enfoque de la consulta individual hacia lo grupal y comunitario, poder sustituir al profesional y disponer de más tiempo para poder realizar estas acciones. Por otra parte, también se detectaron oportunidades: una actitud positiva y motivación hacia este tipo de actividades, la existencia de mesas intersectoriales de salud en muchos de los municipios del área, la disponibilidad de materiales formativos y guías para facilitar el trabajo grupal y comunitario, y la existencia de residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria para impulsar y sostener algunas de las acciones. Tras la intervención, se siguió mencionando la existencia de mesas intersectoriales de salud en muchos de los municipios y se mencionó el trabajo con las asociaciones en el ámbito local como principales oportunidades. Finalmente, cabe decir que las matronas y las enfermeras fueron los profesionales con mayor implicación en este tipo de actividades.

Discusión

El proyecto ROCAP se ha mostrado efectivo durante su primer año de implementación según los cambios obtenidos: todos los EAP realizan actividades grupales sostenidas y colaboran de forma intersectorial con los ayuntamientos de la zona; la mayoría han designado a profesionales referentes en atención comunitaria y, aunque en menor medida, también se ha incrementado la participación en proyectos de acción local y en poblaciones en situación de vulnerabilidad. El proceso descrito muestra que la reorientación comunitaria de la APS es necesaria¹⁹ y es posible a través de intervenciones multinivel²⁰ como la que plantea el proyecto ROCAP. En definitiva, el desarrollo de la salud comunitaria depende de varios factores, de los cuales los más relevantes son el soporte directivo y la visión comunitaria que tenga el propio equipo²¹.

No existen en nuestro entorno estudios similares publicados, aunque es cierto que diversos autores proponen herramientas y recursos parecidos a los que se han utilizado en el proyecto ROCAP^{2,22}. Este tipo de herramientas deberían extenderse a todos los miembros de cada EAP y no solo al personal de enfermería, aunque su liderazgo es clave en el desarrollo de estas actividades. En otros países sí

que se han realizado estudios para evaluar estrategias dirigidas a la reorientación de la atención primaria centradas en la reducción de desigualdades en salud²³ con resultados coherentes con los obtenidos en este trabajo, tanto en el incremento en indicadores comunitarios como en la identificación de similares barreras y facilitadores. El trabajo realizado desde la Comisión de Salud Comunitaria ha sido clave para superar estas barreras y lograr acuerdos intersectoriales. Igualmente, en recientes estudios se ofrecen resultados de intervenciones multinivel que evidencian el potencial del proyecto ROCAP para generar innovación y mejorar la calidad en la atención^{24,25}.

En relación con las principales dificultades y facilitadores para incorporar la atención grupal y comunitaria, hay coincidencia con otras investigaciones^{26,27}. La existencia de objetivos en las gerencias y direcciones de APS relacionados con la promoción de estas actividades, así como la inclusión de la salud comunitaria en la cartera de servicios, las mesas intersectoriales locales, el apoyo institucional a la formación de profesionales y la colaboración con asociaciones y entidades, se han identificado como factores que facilitan la inclusión de actividades comunitarias de forma sostenida en los centros de salud. El proyecto ROCAP ha tratado de aplicar estos elementos facilitadores. Los indicadores específicos de implantación de estas actividades han permitido que los profesionales reciban un refuerzo positivo y avanzar en su mantenimiento y sostenibilidad.

La reorientación comunitaria de la atención primaria es un proceso que tiene que partir tanto de las direcciones como de las y los profesionales²⁸ y el trabajo en red²⁹. También requiere de un necesario equilibrio con la atención individual, a la que no puede suplantar sino complementar, mejorando la eficiencia de la atención global. Precisamente muchos profesionales viven con tensión la introducción de actividades comunitarias en unos EAP ya saturados, cuando pueden suponer una oportunidad para la desmedicalización de situaciones que pueden manejarse mejor de forma comunitaria. Pero son necesarios recursos suficientes, en particular de profesionales con habilidades comunitarias, así como alinear las actividades con las necesidades de desmedicalización percibidas por los profesionales. El estado de salud de las poblaciones, el envejecimiento progresivo de la sociedad, junto con el momento actual de una posible reforma de la APS, ofrecen desafíos y oportunidades para una reorientación que permita aplicar políticas y acciones para abordar los determinantes de la salud; empoderar a las personas, familias y comunidades; ofrecer servicios culturalmente sensibles, y satisfacer las necesidades de las personas a lo largo de su vida¹¹.

La principal limitación de este estudio es que se basa en entrevistas a las coordinaciones médicas y de enfermería y no se ha recabado información directa de los equipos. Además, las entrevistas fueron realizadas por miembros del equipo investigador pertenecientes a la dirección. Si bien esto podría afectar a las respuestas de las preguntas abiertas de los cuestionarios, es improbable que haya influido en el incremento del número de actividades comunitarias, pues son datos objetivos y medibles. Otra de las limitaciones es el periodo de estudio: un año es insuficiente para que se consolide una tendencia de reorientación comunitaria en la mayoría de los equipos y para demostrar que los resultados de la intervención son sólidos y se mantienen. No obstante,

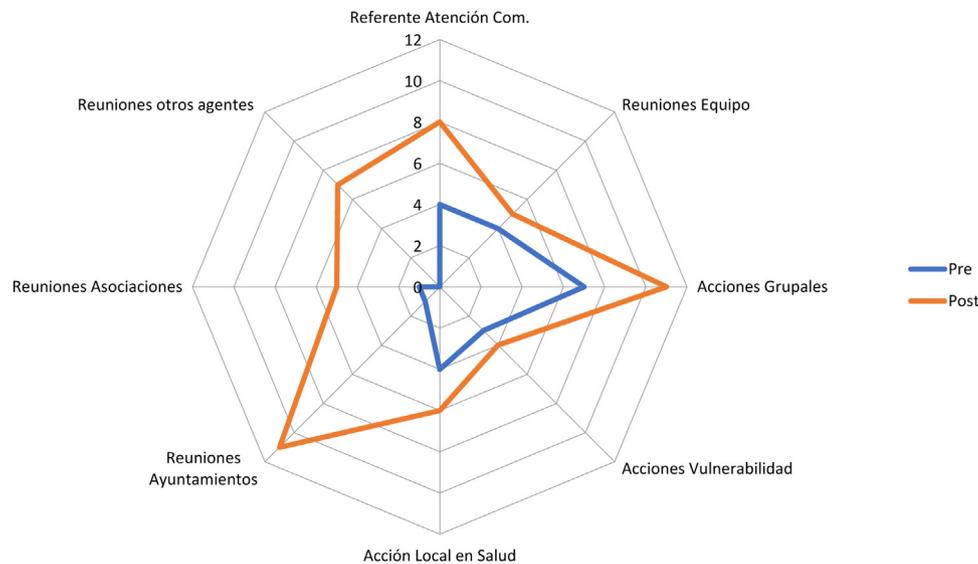


Figura 2 Indicadores de reorientación comunitaria pre y post intervención del departamento de salud de La Ribera (Valencia).

y a la vista de los resultados que hasta ahora se pueden ofrecer, se puede concluir que para conseguir la sostenibilidad de las actividades comunitarias estas deben formar parte de la cartera de servicios de todos los EAP y, para ello, son las direcciones de AP las que han de legitimar y dar reconocimiento a dicha cartera²⁸; que para desarrollar actividades comunitarias desde un EAP es necesario que los profesionales tengan una orientación comunitaria que se obtiene con capacitación y formación³⁰; y que los recursos humanos sean suficientes para su abordaje complementario a la atención individual.

Lo conocido sobre el tema

1. Hay un déficit de trabajo comunitario en la cartera de servicios de atención primaria.
2. Existe una escasa implicación de la comunidad en las actividades de promoción y prevención de la salud.
3. Falta de formación en salud comunitaria de los profesionales de atención primaria.

Qué aporta este estudio

1. Análisis de la situación del área de salud respecto a la salud comunitaria.
2. Una intervención para integrar la salud comunitaria en el trabajo diario de atención primaria en nuestra área de salud es efectiva para aumentar las actividades comunitarias y la participación de la comunidad.
3. La evaluación de los resultados a través de los acuerdos de gestión del área de salud supone una metodología útil para incentivar a los equipos en la implementación de actividades comunitarias.

Consideraciones éticas

Este estudio no implica el uso de sujetos humanos para realizar el trabajo. No obstante, el trabajo pasó por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y fue aprobado con el número de referencia TI – 01012020.

Financiación

Trabajo financiado por FISABIO (Fundación para el fomento de la investigación sanitaria y biomédica de la Comunidad Valenciana). I Convocatoria FISAP 2019. Código UGP-19-313.

Autoría

Todos los autores somos responsables de la investigación, participando en el concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito, y aprobamos el texto final.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaramos no tener conflicto de intereses con el contenido, ni mantenemos ningún tipo de relación financiera y personal con otras personas u organizaciones que puedan haber influido en el trabajo.

Bibliografía

1. Martín García M, Ponte Mittelbrun C, Sánchez Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl 1:192–202.
2. Daufí Subirats C, Poblet Calaf C, Núñez Jiménez C. Reorientación comunitaria del centro de salud. *AMF.* 2021;17:263–9.
3. Global Conference on Primary Health Care. Astana. Kazajistán. 25-26 Octubre 2018.

4. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
5. World Health Organization (2015). Interim report: Placing people and communities at the centre of health services: WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: Executive summary. No. WHO/HIS/SDS/2015.20.
6. Plan de Acción de atención primaria y comunitaria 2022/2023. Marco estratégico de atención primaria y comunitaria. Ministerio de Sanidad de España.
7. Benedé B, Aguiló E, Soler M. Atención y orientación comunitarias. AFM, 2021.
8. Egea A, López MV, Castillo C. Evidencia(s) en salud comunitaria: integrando significado, contexto y medida. AMF.
9. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bulilete J, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:594-104.
10. Pasarin MI, Díez E. La salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit.* 2013;27:477-8.
11. Sobrino C, Hernan-García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32 Supl 1:5-12.
12. Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria 19/04/2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
13. Marco estratégico de atención primaria y comunitaria 2022-2023. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública.
14. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto FrAC. *Gac Sanit.* 2014;28:267-73, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.009>.
15. Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell JJ, Marins R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten Primaria.* 2014;46:40-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.006>.
16. Egea-Ronda A, Niclos-Esteve M, Ródenas A, Verdeguer M, Casseti V, Herrero C, et al. Teoría del cambio aplicada al programa de promoción de la actividad física «La Ribera Camina». *Gac Sanit.* 2022;36:546-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.012>.
17. Estembe: talleres de bienestar emocional. Grupo de trabajo de bienestar emocional. Alzira: Departamento de Salud de La Ribera [documento interno].
18. Xarxa CUIDAC (CUIDa y AutoCuida): Red de promoción de autocuidados en personas cuidadoras. Grupo de trabajo de envejecimiento activo. Alzira: Departamento de Salud de La Ribera [documento interno].
19. Cubillo J, Gil A, González A (coord.). Recomendaciones para el diseño de Estrategias de Salud Comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. pp 10-11.
20. Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Med Clin.* 2005;125:193-7, <http://dx.doi.org/10.1157/13077143>.
21. Nebot Adell C, Pasarin Rua M, Canela Soler J, Sala Alvarez C, Escosa Farga A. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria.* 2016;48: 642-8.
22. Poblet Calaf C, González-Viana A. Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2021;28:21-32.
23. Costello M, Taylor J, O'Hara L. Impact evaluation of a health promotion-focused organisational development strategy on a health service's capacity to deliver comprehensive primary health care. *Aust J Prim Health.* 2015;21:444-9, <http://dx.doi.org/10.1071/PY14107>.
24. Van den Broucke S, Czabanowska K, Budde H, Pfirter L, Maier CB (2022). 4 Keeping people healthy: skill-mix innovations for improved disease prevention and health promotion [consultado 25 Jul 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Stephan-Van-Den-Broucke/publication/360285981_Keeping_people_healthy_skill-mix_innovations_for_improved_disease_prevention_and_health_promotion/links/62830f2adcb5ce0499d6b475/Keeping-people-healthy-skill-mix-innovations-for-improved-disease-prevention-and-health-promotion.pdf
25. Kryzanowski J, Bloomquist CD, Dunn-Pierce T, Murphy L, Clarke S, Neudorf C. Quality improvement as a population health promotion opportunity to reorient the healthcare system. *Can J Public Health.* 2019;110:58-61, <http://dx.doi.org/10.17269/s41997-018-0132-8>.
26. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, Zabaleta-del-Olmo E, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open.* 2017;7:e015934, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015934>.
27. March S, Soler M, Miller F, Muntaner I, Pérez Jarauta MJ, Ramos M. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de salud en España. *Anales Sis San Navarra.* 2014;37:25-33, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0352>.
28. Benedé CB, Herranz C. Atención comunitaria en atención primaria: asignatura pendiente. En: *El ecosistema de la atención primaria.* Zaragoza: Monografía SESPAS 2023; 2023. p. 85-90.
29. Segura J. Redes. En: *El ecosistema de la atención primaria.* Zaragoza: Monografía SESPAS 2023; 2023. p. 91-7.
30. 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102269>.