

Original

Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación



Adrián Cardo Miota^{a,*}, Blanca Valls Pérez^a, Eugenia Gil García^b y Mariano Hernán García^c

^a Servicio Andaluz de Salud, Granada, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de mayo de 2022

Aceptado el 1 de octubre de 2022

On-line el 15 de noviembre de 2022

Palabras clave:

Promoción de la salud

Atención primaria de salud

Activos para la salud

Residencia médica

Enfermería en salud comunitaria

R E S U M E N

Objetivo: Identificar las fortalezas disponibles para la orientación comunitaria de la atención primaria de salud (APS) en el contexto de la evaluación del pilotaje de un programa formativo en salud comunitaria para especialistas internos residentes en Andalucía.

Método: Estudio cualitativo explicativo de diseño fenomenológico, en el que se analiza la opinión de las personas participantes, que fueron 67 profesionales pertenecientes a seis distritos sanitarios de Andalucía implicados en el proceso formativo del *Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria Activos para la Salud Comunitaria* (PARAC).

Resultados: Existe consenso en que la formación tiene un papel clave en la orientación comunitaria de la APS. Se identifican como activos los agentes vinculados a la docencia: los/las residentes, jóvenes profesionales en formación que traen perspectivas y enfoques renovados a los centros de salud docentes, donde los/las profesionales deben dar respuesta a las necesidades de sus residentes, coordinados con las unidades docentes multiprofesionales responsables de la formación de los/las residentes en un sistema sanitario con la vista puesta en el medio y largo plazo con estructuras que permitan organizar y apoyen la labor comunitaria de los centros de salud.

Conclusiones: La orientación comunitaria de la APS es un objetivo que requiere el concurso de todos los niveles del sistema sanitario. Conocer y trabajar con los activos de la APS puede aportar propuestas para avanzar hacia la orientación comunitaria de esta.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Proposals for the community orientation of primary health care: to identify key agents for training

A B S T R A C T

Keywords:

Health promotion

Primary health care

Health assets

Internship and residency

Community health nursing

Objective: To identify the strengths available for the community orientation of primary health care (PHC) in the context of the evaluation of the piloting of a training program in Community Health for Resident Internal Specialists in Andalusia (Spain).

Method: We will conduct a qualitative, phenomenologically-oriented, explanatory research in which the opinion of the participants is analyzed. Sixty-seven professionals from six PHC Districts of Andalusia which were part of the training program called *Project to Support the Revitalization of Primary Care Assets for Community Health* (PARAC) were interviewed.

Results: There is consensus in giving training a key weight in the community orientation of PHC. For this reason, those agents linked to training are identified as assets: general practice (GP) trainers, young professionals in training who bring updated perspectives and approaches to accredited PHC training centers, whose professionals must respond to the needs of their GP trainees, the multi-professional teaching units responsible for the GP trainees training and a medium and long-term health system thinking along with structures that coordinate and support the community work at the PHC centers.

Conclusions: The community orientation of PHC is an objective that requires the participation of all levels of the health system. Knowing its assets and working with them can contribute to provide proposals to advance towards a community-oriented PHC system.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrian.cardo.2011@gmail.com (A. Cardo Miota).

@Cardufodaconca

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102269>

0213-9111/© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los procesos de salud y enfermedad están condicionados por factores propios y ajenos a las personas. Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en las que nacemos, vivimos y envejecemos tienen una influencia relevante en nuestra salud y bienestar¹.

Desde las políticas y los sistemas sanitarios, tradicionalmente se ha intervenido sobre aquello que produce enfermedad; se conoce como modelo del déficit². Esta forma de abordar la salud centrada en el déficit puede complementarse con la identificación y puesta en valor de factores que **promueven**, mantienen o mejoran la salud: los activos para la salud³.

La salud comunitaria basada en activos (SCBA) trata de abordar aquello que resta (déficits) destacando aquello que suma (activos)⁴. Estos activos están determinados por la interacción de las características individuales, familiares, sociales, culturales, económicas y ambientales.

En los sistemas sanitarios, los ámbitos más propicios para el desarrollo de la SCBA son la salud pública (SP) y la atención primaria de salud (APS). La SP tiene la capacidad de explicar en el ámbito poblacional cómo operan los determinantes sociales de la salud para producir comunidades con mejores y peores resultados en salud. La proximidad al territorio de la APS, su accesibilidad, el conocimiento de la ciudadanía y la longitudinalidad en la atención la convierten en el espacio clave para el desarrollo de la SCBA⁵⁻⁷. Se habla de la salud comunitaria (SC) como ámbito de trabajo compartido entre ambas^{8,9}.

Existe consenso sobre la importancia que la promoción de la salud (PS) y la SC tienen para el abordaje de los cuidados y los problemas de salud de la ciudadanía. Aunque estas disciplinas han estado en el origen tanto de la APS¹⁰ como de las especialidades de medicina y enfermería familiar y comunitaria (FyC)¹¹, es un ámbito de sus competencias escasamente desarrollado^{5,12,13}. La hegemonía del paradigma biomédico, la priorización de la actividad asistencial, unos niveles de infrafinanciación crónicos y la escasa formación en SC y PS suelen ser las razones que se esgrimen para explicar su falta de desarrollo en APS⁷⁻¹⁶.

En 2016, la Consejería de Salud de Andalucía publicó su *Estrategia para la renovación de la APS*¹⁷. En una de sus líneas estratégicas, se pretendía la «recuperación de la intervención en el ámbito (...) comunitario, fomentando el enfoque salutogénico mediante la identificación de activos en salud y promoviendo la prescripción social».

El Servicio Andaluz de Salud encargó el desarrollo de esta línea estratégica a la Escuela Andaluza de Salud Pública, que para tal efecto puso en marcha el *Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria. Activos para la Salud Comunitaria* (PARAC)¹⁸. Tras una fase preliminar de planificación y análisis, el equipo PARAC decidió intervenir sobre una de las barreras identificadas para el desarrollo de la SC: la formación de profesionales en PS y SC.

La creación de un itinerario formativo en PS y SC para profesionales de APS, que permita impulsar el trabajo comunitario de los centros de salud (CS), implica trabajar con los agentes clave para la formación. A criterio del equipo PARAC, estos eran: a) los/las especialistas internos residentes (EIR) de medicina y enfermería FyC, b) los CS donde estos/as se forman, conocidos como CS docentes, y c) las unidades docentes multiprofesionales (UDM) de atención FyC.

Durante la primera fase del PARAC se llevó a cabo el pilotaje de un itinerario formativo en SC con EIR de distintos distritos sanitarios (DS) de Andalucía (Fig. 1).

Tradicionalmente se emplea el modelo de activos para identificar las riquezas de una comunidad y con frecuencia se hace utilizando la estructura de dimensiones del *Assets-Based Community Development*¹⁹. Siguiendo dicho modelo, el objetivo de este estudio fue identificar los activos o fortalezas disponibles para la

orientación comunitaria de la APS en el contexto de la evaluación del pilotaje del programa formativo en SC para EIR en Andalucía propuesto en el PARAC²⁰.

Método

Diseño

Estudio cualitativo de orientación fenomenológica, multinivel y multicéntrico, en el que se analiza la opinión de las personas participantes. Se presentan algunos de los resultados cualitativos de un proyecto de investigación-acción mixto (cuantitativa-cualitativa).

Emplazamiento y participantes

Este trabajo se encuadra en la evaluación del programa formativo para EIR propuesto en la primera fase del PARAC. Los hallazgos servirán para la planificación y el desarrollo de las siguientes fases del proyecto.

En esta fase se trabajó con seis DS de APS de diferentes provincias, los cuales debían contar en su estructura con una UDM. Su selección surgió de la negociación del PARAC con el Servicio Andaluz de Salud, priorizando la diversidad geográfica de sus áreas de referencia. En cada provincia (o zona) se realizó una intervención formativa en SC con residentes.

Para la evaluación de la intervención, se buscó la opinión de las personas formadas y de aquellas vinculadas al desarrollo del pilotaje del programa formativo. Fueron seleccionadas de la siguiente manera:

- EIR: se invitó a todo el alumnado, acudiendo una parte de él.
- CS: profesionales de APS de los CS involucrados en la formación a EIR (medicina, enfermería y trabajo social). Se buscó variabilidad en cuanto a sexo, edad y perfil profesional. La selección de los CS la realizó el DS al que pertenecían siguiendo estos criterios: 1) ser docente, 2) que sus EIR hubieran participado en la intervención formativa, 3) ser representativo de las características generales del DS, y 4) tener algún tipo de trayectoria o motivación conocida por la SC.
- UDM: una persona de cada UDM, escogida por la dirección de la unidad.
- DS: una persona por zona vinculada a la gestión sanitaria, seleccionada por las direcciones de los distritos.

La participación fue voluntaria y las personas participantes dieron su consentimiento informado una vez conocida la normativa expuesta en los grupos. Para las fases posteriores a la recogida de información se usaron bases disociadas²¹.

Técnicas de recogida de información

Se realizaron dos grupos focales por zona para evaluar la información procedente de los/las EIR (seis grupos) y de los/las profesionales de los CS docentes (seis grupos), así como una entrevista semiestructurada a los/las representantes de cada UDM (seis entrevistas) y de cada DS (seis entrevistas) (tabla 1).

Los/las entrevistadores/as fueron miembros del equipo investigador, vinculados/as al proceso formativo. Utilizaron una breve guía de preguntas flexibles y abiertas, orientadas a explorar actitudes y prácticas de las personas entrevistadas en ámbitos como la PS, la SC y la SCBA (véase el *Apéndice on-line*). Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas y anonimizadas. La recogida de información se realizó en los lugares de trabajo de los/las entrevistados/as.

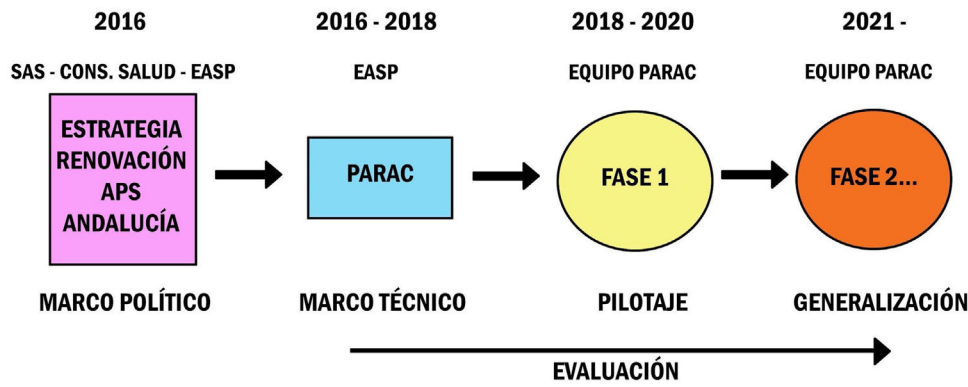


Figura 1. Esquema evolutivo del PARAC. APS: atención primaria de salud; CONS. SALUD: Consejería de Salud; EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública; PARAC: Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria; SAS: Servicio Andaluz de Salud.

Tabla 1
Segmentación de la muestra

| Técnica de recogida de información | N.º de grupos/entrevistas realizados | N.º de participantes | Sexo | Perfil profesional |
|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|---|
| Grupo focal profesionales de APS | 6 | 29 | 20 mujeres 9 hombres | 15 medicina 12 enfermería 2 trabajo social |
| Grupo focal EIR | 6 | 27 | 16 mujeres 11 hombres | 24 MIR (medicina) 3 EIR (enfermería) |
| Entrevista UDM | 6 | 6 | 3 mujeres 3 hombres | 2 técnicos/as 4 directores/as (2 hombres y 2 mujeres) |
| Entrevista DS | 6 | 6 | 1 mujeres 5 hombres | 3 dirección médica 1 dirección gerencia 2 dirección salud pública |
| Total | 24 | 68 | 40 mujeres y 28 hombres | |

APS: atención primaria de salud; DS: distrito sanitario; EIR: especialista interno residente; MIR: médico interno residente; UDM: unidad docente multiprofesional.

Análisis de la información

Se realizó un análisis del contenido de la información obtenida en los grupos y en las entrevistas. Esta se analizó de manera temática por zonas, precediendo el análisis de una zona a la fase de recogida de información de la siguiente. Así, los guiones de entrevistas fueron modificados a la luz de los hallazgos de las zonas anteriores, en un proceso dinámico e iterativo, como forma de investigación realista abierta. Se exploró la narratividad de los textos y se identificaron los conceptos, las categorías y las interrelaciones, así como los patrones y las interpretaciones teóricas emergentes (fig. 2).

La correspondencia entre los textos originales y el trabajo conceptual e interpretativo fue constantemente comprobada, confirmando la verosimilitud.

Para garantizar el rigor y la validez durante la investigación, el proceso se repitió hasta alcanzar la redundancia necesaria para una saturación suficiente de la información²⁰, se realizó una triangulación de técnicas (grupos focales y entrevistas) y entre investigadores, y se buscaron casos divergentes²¹.

Resultados

Se presentan los resultados estructurados en cuatro apartados correspondientes a los agentes identificados como activos (tabla 2).

EIR como activos para la SC

Según las personas entrevistadas, los/las EIR pueden constituir un activo fundamental para reforzar la orientación comunitaria de la APS. Consideran que al ser profesionales en formación tienden a ser receptivos/as a diferentes enfoques y modelos de práctica

asistencial. Transmiten entusiasmo y tienden a otorgar mayor peso a las oportunidades que a las barreras.

Los/las EIR consideran insuficiente su formación en SC tanto a nivel de grado como durante la residencia, a pesar de disponer de un programa de especialidad que avala la necesidad de formarse en SC.

Consideran necesario un programa formativo transversal a lo largo de la residencia. Afirman que compartir espacios formativos con otros/as profesionales de los CS puede enriquecer los proyectos y suponer una oportunidad para incidir en las percepciones y las prácticas del resto de profesionales hacia la SC.

El CS docente como activo para la SC

Los CS docentes están expuestos a un relevo periódico de residentes, quienes traen consigo diversos intereses y formas de hacer. Esta convivencia hace que los CS docentes sean flexibles y potencialmente receptivos a las propuestas relacionadas con la SC.

Sostienen que se debe priorizar la capacitación de los/las profesionales de APS, y así generar entornos formativos y de supervisión adecuados para los/las residentes.

Se reconoce la importancia de contar con equipos sensibilizados y capaces de incorporar el enfoque comunitario a la práctica asistencial. Señalan que la SC supone un cambio «cultural» que cuestiona las formas tradicionales («biomédicas») de abordar la salud. Como tal, argumentan que la SC tiende a ser más fácilmente incorporada por profesionales jóvenes y a encontrar mayor resistencia entre profesionales mayores con perspectivas y «rutinas» asistenciales consolidadas.

Señalan que formar a residentes en SC, construir redes de colaboración con asociaciones, participar en actividades de PS e incluso

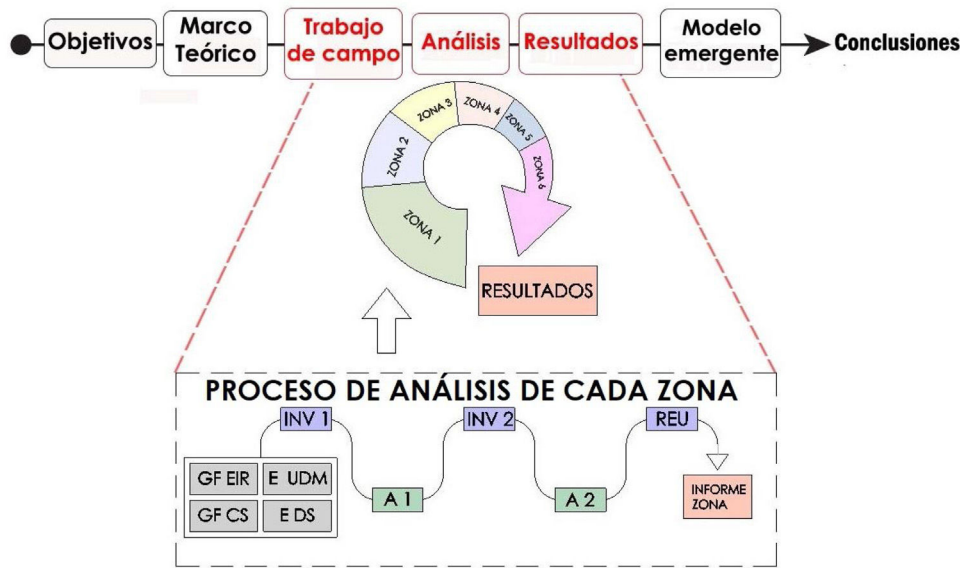


Figura 2. Proceso de investigación PARAC. A: análisis; CS: centro de salud; DS: distrito sanitario; E: entrevista; EIR: especialista interno residente; GF: grupo focal; INV: investigador; UDM: unidad docente multiprofesional.

Tabla 2
Ejemplos de extractos de entrevistas

Los y las jóvenes residentes de enfermería y medicina como activo para la salud comunitaria basada en activos

Receptivos a diferentes enfoques:

«Porque son los que tienen las ganas (...) y es lo que se necesita. Los cambios de cultura tienen que pasar por gente joven, gente que no está maleada en el sistema. Por eso (...) a lo mejor nos ayuda a darle una visión a la medicina comunitaria, más comunitaria.» Susana, directora gerente DS Zona 1 (Mixto, costa)
 «Y por otro lado también tengo que decir que gracias a que tenemos aquí residentes y tenemos un equipo que entiende lo comunitario, que lo ve necesario, podemos tirar de ellos para muchas cosas. Y yo que me ocupo de algunas cosas, de actividades comunitarias, para mí es una fuente de gente, mucha de ella con ilusión con la que yo puedo contar para acompañarme, para llevarlos a participar en cosas.» Carlos, trabajador social Zona 5 (Mixto, costa)

Los centros de salud docentes como activo para la salud comunitaria basada en activos

Competencia:

«Que no se puede empezar la casa por el tejado, es decir, que antes de formar a residentes debemos formarnos nosotros. Ahora mismo hablas de activos en salud y lo conocen cuatro. No hay muchas más personas que lo vayan a conocer. Fundamental la formación continuada a nivel nuestro, y una vez que ya estemos pues evidentemente con residentes, estudiantes de enfermería y demás.» Marta, enfermera Zona 1 (Mixto, costa)

Recursos necesarios:

«Cuando hablamos de recursos hablamos de eso. Yo no te hablo de poner dos médicos más. No, yo te hablo de poner un médico que está sensibilizado con esto (...) tiene que tener un perfil. Habrá que contratar por perfiles, para desarrollar algo determinado.» Sara, médica Zona 1 (Mixto, costa)

Organización interna. Agenda comunitaria:

«Yo creo que si los residentes vinieran aquí y vieran, el viernes tenemos una agenda para salir a la comunidad, ellos verían totalmente normal que el viernes no se pasa consulta y se va a reunirse con una asociación, se va a hacer una intervención, te vas con el equipo que hace más comunitaria y trabajas en equipo. Si eso se hiciera, ellos no lo verían como un disparate de cuatro locos, sino que lo verían como que eso es lo que hace un centro de salud.» Javier, médico Zona 5 (Mixto, costa)

Las unidades docentes como activo para la salud comunitaria basada en activos

Motivación y sensibilización:

«Es algo que nosotros veníamos desde lejos viendo que habíamos dejado que esta parte la cubrieran los asistenciales en los centros de salud, que con la evolución que ha habido en los equipos hacia reducir estas actividades a un pequeño núcleo de profesionales, y ante la tendencia que tiene el residente a copiar lo que hace el tutor, pues entonces vimos una necesidad de hacer de R1 pinceladas de sensibilización y para que ellos se hicieran conscientes de la actividad, y luego incluso de R mayores hacerles un recordatorio y darles entidad con un trabajo que pueda desarrollarse antes de llegar al centro de salud, y sobre todo cuando ya estén en el centro de salud como parte del equipo.» Cristina, técnica Unidad Docente Zona 4.

El sistema sanitario como activo para la salud comunitaria basada en activos

«Ya que estamos tocando el tema de lo que, verás, que yo siempre tiro por esa pata del banco, que es el tema de la orientación del sistema, porque creo que una parte esencial, es decir, si a mí mi empresa me dice tú lo que tienes que hacer son pantalones de cuadros, pues yo hago pantalones de cuadros... Vale, lo haré bien, con actitud, con motivación, o lo haré mal, sin actitud y sin motivación, pero haré pantalones de cuadros. Entonces, si la orientación del sistema, para mí la oportunidad grandísima, grandísima, grandísima, y que en su tiempo se tuvo con familia, y se perdió la oportunidad, de orientar el sistema a la comunitaria, sería tomar la decisión política de dar importancia a la especialidad de enfermería. Si se da esto y se prioriza un residente formado o un enfermero formado como residente para que obtenga plaza en los centros de salud, la atención primaria cambiará.» Javier, médico Zona 5 (Mixto, costa)

considerar los contextos sociales de sus pacientes requiere un tiempo del que no disponen, pues se prioriza la demanda asistencial inmediata. Asimismo, argumentan que las actuales políticas de contratación generan insuficiencias cuantitativas, pero también cualitativas, al no favorecer la incorporación a los CS de personal sensibilizado y formado en SC.

Fortalecer el sentido de equipo y la gestión interna de este son prioridades identificadas por las personas entrevistadas. La correcta organización del tiempo, a través de figuras como una «agenda comunitaria» que reconozca y visibilice el trabajo comunitario de los CS, es necesaria para garantizar el carácter obligatorio de la SC para todo/a profesional y evitar que quede relegado a la

voluntariedad de los/las profesionales más sensibilizados/as. Se recomienda la creación de la persona referente en SC de cada CS que apoye y dé seguimiento a los proyectos.

La UDM de atención FyC como activo para la SC

Las UDM pueden contribuir a reforzar la orientación comunitaria de la APS y transformar la práctica asistencial de los/las residentes y sus profesionales sanitarios/as de referencia. Por una parte, las UDM organizan el recorrido formativo de los/las residentes y tienen la capacidad de programar actividades docentes con carácter obligatorio. Tienen, además, una autoridad reconocida por los/las residentes y sus tutores/as, por lo que sus propuestas docentes tienden a no ser cuestionadas. Expresan convicción y sensibilización en relación a la SC, así como motivación por mejorar y estructurar la formación y el trabajo en SC.

Refieren dudas acerca de su capacidad de formar en SC. Encuentran dificultades para encontrar tutores/as docentes suficientemente formados/as para desarrollar intervenciones formativas de calidad en este ámbito.

Proponen reforzar vínculos de colaboración con entidades externas que amplíen la disponibilidad de recursos formativos y que posibiliten la capacitación de su personal técnico.

Al inicio de la planificación del proyecto, los tres agentes anteriores fueron identificados como los activos para reforzar la orientación comunitaria de la APS. Sin embargo, durante el desarrollo de la evaluación, a tenor de los análisis sucesivos, se vio la necesidad de describir un elemento más sin el cual los anteriores agentes identificados como activos no podrían ejercer como tales: el sistema sanitario.

El sistema sanitario como activo necesario para la SC

Se señala la necesidad de impulsar cambios estructurales y organizativos para fortalecer la orientación comunitaria de la APS. Para ello, se considera necesario el concurso de todos los niveles del sistema sanitario, incluidos los ámbitos de gestión y política sanitaria.

Si bien la SC es entendida por los diferentes agentes como un modelo a construir «con» la comunidad, y por tanto con una perspectiva «a largo plazo», los/las profesionales de APS consultados/as señalan que las políticas de gestión sanitaria actuales tienden a incentivar los objetivos «a corto plazo». A su criterio, se debe priorizar la incorporación a los CS de profesionales correctamente formados en APS y SC.

Los DS deben coordinar y apoyar las intervenciones, y contribuir a favorecer una actitud positiva hacia las actividades comunitarias. Se habla de crear una figura en el ámbito de los DS que cumpla estos objetivos.

Discusión

La literatura científica ha tratado sobre el carácter comunitario y multidisciplinario que debe tener la APS para hacer frente a las demandas de una sociedad cambiante, y ha puesto énfasis en la falta del desarrollo de la SC en la APS^{8,22,23}.

En un nivel macro, las políticas sanitarias no parecen haber tenido a la SC como una prioridad en sus agendas. De hecho, la APS tampoco ha sido el muchas veces denominado «centro del sistema sanitario» si atendemos a sus niveles de inversión (un 14,2%²⁴, lejos del 25% del gasto sanitario total que reconoce la Organización Mundial de la Salud como objetivo⁶). En nuestro contexto autonómico, los datos son similares.

Esta falta de apoyo institucional ha sido reconocida como una de las barreras para el desarrollo de la SC^{7,13-15,25}. Sin embargo, existen ejemplos de apoyo institucional en el ámbito nacional²⁶⁻²⁸ y en Andalucía¹⁷.

En un nivel intermedio, a tenor de los resultados de este estudio, parece imprescindible la participación de los DS. Como elementos del sistema sanitario con la función de dirigir y gestionar las actividades de asistencia sanitaria, cuidados, PS, prevención, docencia e investigación en APS²⁹, son identificados por las personas participantes en este estudio como parte del problema y necesariamente de la posible solución, que estaría vinculada a: 1) priorizar la incorporación de profesionales correctamente formados/as en APS y SC²⁴, 2) coordinar y apoyar con recursos técnicos y humanos los proyectos comunitarios de los CS, y 3) adaptar planes y programas hacia aquellos ámbitos en los que la PS y la SC se han demostrado más eficaces; coincidiendo así con otros trabajos en el mismo sentido^{22,30}.

En un nivel micro, pese a las limitaciones que imponen los sistemas de gestión⁸, existen márgenes que los CS podrían explorar, como demuestran algunas experiencias de nuestro entorno que pueden acabar extrapolándose a niveles superiores del sistema sanitario²⁷. La falta de tiempo es una de las principales barreras para la implantación de la SC en APS expuestas en la literatura¹⁵ e identificadas en nuestra investigación. Al ser el tiempo un recurso limitado, es necesario replantear las actividades que se desarrollan en los CS para dar cabida a aquellas que han demostrado mayor impacto en sus comunidades de referencia^{23,31}. Para este propósito existen revisiones³¹, guías³² y documentos de referencia³³.

Cuando se ha estudiado el desarrollo de actividades comunitarias en APS en el ámbito nacional se ha evidenciado su carácter «voluntario y marginal», realizándose en muchos casos fuera del horario laboral³². Los resultados obtenidos en nuestro trabajo así lo confirman. Para avanzar hacia una APS orientada a la comunidad es necesario incluir la SC en la actividad cotidiana de los CS^{14,22}. La agenda comunitaria aparece en este estudio como una forma de organizar eficientemente el trabajo y visibilizar la acción comunitaria como parte de él, pudiendo facilitar la cuantificación y la devolución al resto del equipo el proceso de los resultados obtenidos²².

A pesar de la necesidad de realizar cambios organizativos^{14,15,22,30}, nuestro trabajo evidencia que contar con profesionales formados/as y sensibilizados/as^{14,15,22,25,30}, con equipos cohesionados^{15,22,23} y con el apoyo de la dirección del CS es fundamental para la orientación comunitaria de los CS^{14,30}.

De forma transversal, se señala la formación como uno de los asuntos clave a tener en cuenta para desarrollar la SC en la APS^{8,14-16,23}. La falta de formación en pregrado y posgrado choca con los programas formativos de medicina y enfermería FyC, que contemplan estas competencias. A pesar de que existen experiencias formativas³⁴, en nuestro estudio, tanto residentes como profesionales sanitarios y las UDM señalan esta necesidad de formación, lo cual merece la pena tener presente para reflexionar sobre cómo se debe formar en SC a los/las profesionales de APS³⁵. Futuros análisis del PARAC deberían ahondar en esta cuestión³⁰.

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de este estudio es la heterogeneidad de las voces representadas. Sin embargo, algunos perfiles de la APS no vinculados directamente con la docencia (personal administrativo, fisioterapia, etc.) quedaron fuera de la investigación. La opinión de la ciudadanía no fue recogida, y tampoco se tuvieron en cuenta los espacios de participación en salud (mesas sectoriales, comisiones de salud, etc.) que podrían ser considerados como fortalezas.

Algunas de las personas investigadoras fueron docentes del proceso formativo, lo cual pudo influir en las opiniones expresadas por los/las entrevistados/as. Sin embargo, los procedimientos de rigor utilizados aseguran la validez de los hallazgos.

Al analizar los resultados no se tuvo en cuenta el sexo de las personas que intervinieron.

El muestreo intencional de los CS y la participación de EIR en el proceso formativo PARAC pueden implicar cierto sesgo de selección y que sus opiniones no sean representativas de las de otros/as profesionales menos expuestos a la SC. Sin embargo, la similitud de los hallazgos con los de otros estudios sugiere coherencia entre los resultados de trabajos en la misma línea.

Conclusiones

Conocer y trabajar con las fortalezas de la APS para su orientación comunitaria puede aportar propuestas para organizar la tarea comunitaria y su inclusión en las agendas. Existe consenso en dar a la formación un peso clave en la orientación comunitaria de la APS. Para alcanzar este objetivo, se requiere el concurso de todos los niveles del sistema sanitario. A tenor de los resultados de este estudio, pueden considerarse activos de la APS para su orientación comunitaria los residentes, jóvenes profesionales en formación que traen perspectivas y enfoques renovados a los CS docentes, cuyos profesionales deben responder a las necesidades de sus residentes, las UDM responsables de la formación de estos/as y un sistema sanitario con la vista puesta en el medio y largo plazo, con estructuras que coordinen la labor comunitaria de los CS.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Datos disponibles a petición. Solicitar al autor de correspondencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

A pesar de la importancia que la promoción y la salud comunitaria tienen en el desarrollo teórico de la atención primaria de salud, se trata de disciplinas muy poco implantadas en el primer nivel de atención. Las causas de esta falta de desarrollo han sido ampliamente estudiadas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Identificar, comprender sus contextos y trabajar con los activos propios de la atención primaria de salud contribuye a la orientación comunitaria del primer nivel de atención.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Es necesario aplicar una mirada salutogénica a la organización de la salud comunitaria de los centros de salud, desde todos los ámbitos: investigación, políticas, gestión, asistencia sanitaria, etc.

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos Marcos.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

A. Cardo Miota, B. Valls Pérez y M. Hernán García participaron en la concepción y el diseño de estudio, y en la recogida, el análisis y la interpretación de los datos. A. Cardo Miota escribió el primer borrador del artículo. B. Valls Pérez, M. Hernán García y E. Gil García participaron en su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales. Todas las personas firmantes han aprobado la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A Sara Calderón Larrañaga por sus inestimables aportaciones en todos los ámbitos del presente estudio. A Blanca Botello, Nieves Lafuente y José Díaz Borrego por su participación en la viabilidad del proyecto en que se circunscribe el trabajo.

Financiación

El estudio forma parte de un proyecto financiado con el Contrato Programa Servicio Andaluz de Salud – Escuela Andaluza de Salud Pública correspondiente al periodo 2018-2020.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2022.102269](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102269).

Bibliografía

- Bambra C, Gibson M, Sowden A, et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:284–91.
- Hernán M, García D, Cubillo J, et al. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC*. 2019;26:1–9.
- Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016;30(Supl 1):93–8.
- Hernán M, Cardo A, Barranco JF, et al. Salud comunitaria basada en activos de Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2018 (Consultado el 9/8/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/2WkmZwB>.
- Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:213.
- World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008. (Consultado el 9/8/2022.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>.
- Thomas K, Krevens B, Bendtsen P. Long-term impact of a real-world coordinated lifestyle promotion initiative in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:201.
- Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, et al. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32(Supl 1):17–21.
- Segura del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gac Sanit*. 2021;35:107–8.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS; 1978. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>.
- Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, et al. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria*. 2002;29:26–32.
- López-de-Munian J, Torcal J, López V, et al. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med*. 2001;32:13–22.
- Sánchez A, Grandes G, Cortada JM, et al. Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. *BMC Fam Pract*. 2017;18:24.
- López Torrent E, Forcada Vega C, Miller F, et al. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de

- la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2010;42:218–25.
15. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9:e89554.
 16. Moreno-Penal P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion -a meta-ethnographic synthesis. *PLoS One*. 2015;10:e0125004.
 17. Escuela Andaluza de Salud Pública. Estrategias para la renovación de la Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2016. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2016/06/EASP_Renovac_AP.v10.pdf.
 18. Escuela Andaluza de Salud Pública. Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria; Activos para la Salud Comunitaria (PARAC). EASP. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/3jeALK9>.
 19. Kretzmann J, Mcknight J. Assets-based community development. *Natl Civ Rev*. 1996;85:23–9.
 20. Calderón S, Valls B, Cardo A, et al. Development and evaluation of a training programme on asset-based community development aimed at general practice trainees: protocol for a mixed-method multilevel and multicentric action research study. *BMJ Open*. 2021;11:e040043.
 21. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 2nd ed. London: Sage; 2009.
 22. March S, Jordán-Martín M, Montaner-Gomis I, 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.
 23. Cabeza E, March S, Cabezas C, et al. Promoción de la salud en atención primaria?: Si Hipócrates levantara la cabeza. *Gac Sanit*. 2016;30(Supl 1):81–6.
 24. Rodríguez Blas MC. Estadística de gasto sanitario público 2020: principales resultados. Ministerio de Sanidad, 2020. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.
 25. Kardakis T, Weinehall L, Jerdén L, et al. Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *Eur J Public Health*. 2014;24:79–84.
 26. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/3jhxkQs>.
 27. Proyecto Ítaca: Comunidad, Participación y Salud. Pilotaje de cuatro experiencias de salud comunitaria en el marco del Proyecto Ítaca para el desarrollo integral de la atención primaria en el área de salud de Badajoz. Badajoz: Dirección de Atención Primaria Área de Salud de Badajoz; 2019. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: <https://areasaludbadajoz.com/wp-content/uploads/2021/11/MEMORIA.FINAL.2019.pdf>.
 28. Daban F, Pasarín MI, Borrell C, et al. Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gac Sanit*. 2021;35:282–8.
 29. Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. 2007;10-8. (Consultado el 9/8/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/2XZdTZW>.
 30. Berenguera A, Pons-Vigués M, Moreno-Peral P, et al. Beyond the consultation room: proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Health Expect*. 2017;20:896–910.
 31. March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Supl:S94–104.
 32. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. Madrid; 2021. (Consultado el 9/8/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/3kqMIRP>.
 33. Sastre Paz M, Benedé Azagra CB. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en atención primaria. Barcelona: Semfyc. 2018. (Consultado el 29/9/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/3D112OX>.
 34. Aliaga Train P, Benedé Azagra CB, Escartín Lasiera P, et al. Formando residentes en salud comunitaria. *Comunidad Semfyc*. 2015;17:6 (Consultado el 9/8/2022.) Disponible en: <https://bit.ly/3DhrhWx>.
 35. Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdá JC, et al. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe ESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32(Supl 10):82–5.