



ORIGINAL

Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo



Diego Gabriel Mosteiro-Miguéns^{a,b}, Maruxa Zapata-Cachafeiro^{a,c,d},
Silvia Novío-Mallón^{a,*}, Tania Alfonso-González^e, Daniel De Bernardo-Roca^f
y Almudena Rodríguez-Fernández^{a,c,d}

^a Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Centro de salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

^e Centro de salud Bertamirás, Ames, A Coruña, España

^f Centro de salud Bandeira, Silleda, Pontevedra, España

Recibido el 2 de agosto de 2024; aceptado el 26 de septiembre de 2024

Disponible en Internet el 12 de noviembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Actividades
Comunitarias;
Atención Primaria;
Medicina
Comunitaria;
Participación
Comunitaria;
Promoción de la
salud;
Salud Pública

Resumen

Objetivo: Analizar la implantación e identificar y describir las actividades comunitarias (AC) desarrolladas durante 2018-2022, en Atención Primaria (AP) del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. Adicionalmente, se determinarán las barreras y facilitadores para su desarrollo.

Diseño: Estudio observacional, transversal.

Emplazamiento: El estudio se realizó en Galicia, una comunidad autónoma situada al noroeste de España, abarcando los 74 centros de salud del área sanitaria, que forman parte de la red pública del sistema sanitario español.

Participantes: Se invitó a participar a todos los coordinadores de enfermería, así como a jefes de servicio y aquellos profesionales de AP con mayor conocimiento sobre las AC desarrolladas.

Mediciones principales: Mediante entrevista telefónica, se cumplimentó un cuestionario heteroadministrado sobre las características, barreras y facilitadores de las AC.

Resultados: Se identificaron un total de 95 AC. La mayoría fueron de carácter puntual (72,6%), de una única sesión (67,4%), con participación pasiva de los asistentes (100%) y escasa colaboración intersectorial (9,5%). El 76,8% de las AC no fueron evaluadas y surgieron por iniciativa de los profesionales de AP. Se identificó la flexibilización de las agendas de los profesionales de AP como factor clave para lograr la implantación de las AC en AP.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvia.novio@usc.es (S. Novío-Mallón).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>

0212-6567/© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: Para lograr una implementación efectiva de las AC es crucial una mayor implicación institucional que facilite la flexibilización de las agendas de AP, la evaluación de las AC, la incorporación de profesionales con formación específica en atención comunitaria, así como una mayor colaboración con los agentes de la comunidad.

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

KEYWORDS

Community activities;
Community medicine;
Community
participation;
Health promotion;
Primary Health Care;
Public health

Community activities carried out in Primary Care in Galicia between 2018 and 2022: A descriptive study

Abstract

Objective: To analyse the implementation and identify and describe the community activities (CA) developed during 2018–2022, in the Primary Health Care (PHC) of the health area of Santiago de Compostela y Barbanza. In addition, the barriers and facilitators for its development will be determined.

Design: Observational, cross-sectional study.

Setting: The study was conducted in Galicia, an autonomous community located in northwestern Spain, covering the 74 health centres in the health area, which are part of the public network of the Spanish health system.

Participants: All nursing coordinators were invited to participate, as well as heads of service and those PHC professionals with greater knowledge of the CA developed.

Main measurements: A hetero-administered questionnaire on the characteristics, barriers and facilitators of CA was completed by means of a telephone interview.

Results: A total of 95 CA were identified. Most were one-time activities (72.6%), single-session (67.4%), with passive participation of the attendees (100%) and little cross-sectoral collaboration (9.5%). 76.8% of the CA were not evaluated and arose on the initiative of PHC professionals. The flexibility of PHC professionals' agendas was identified as a key factor in achieving the implementation of CA in PHC.

Conclusions: In order to achieve an effective implementation of CA, greater institutional involvement is crucial to facilitate the flexibility of PHC agendas, the evaluation of CA, the incorporation of professionals with specific training in community care, as well as greater collaboration with community agents.

© 2024 The Authors. 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/>).

Introducción

Los estilos de vida no saludables, condicionados por los determinantes sociales¹, contribuyen al aumento de la carga de enfermedad. En este sentido, se ha relacionado la alimentación poco saludable, el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y el sedentarismo, con el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas². Estas enfermedades son responsables de más del 70% de las muertes a nivel mundial³, limitan la calidad de vida de quienes las padecen, generan un elevado coste económico y agravan la sobrecarga asistencial del sistema sanitario⁴. En este contexto, es necesario potenciar un modelo sanitario proactivo que aborde las causas subyacentes de la enfermedad e implique a otros agentes de la comunidad, para proporcionar una respuesta holística e integral, acorde con el escenario epidemiológico social actual⁵.

La educación y promoción de la salud con un enfoque comunitario, se postula como uno de los abordajes más efectivos para mejorar los comportamientos en salud y revertir la morbilidad asociada a las enfermedades crónicas⁶. Así, la implicación de la comunidad en procesos de salutogénesis,

contribuye a mejorar la salud de los individuos al hacerlos partícipes y protagonistas de su autocuidado⁷.

La Atención Primaria (AP) permite atender a las personas, familias y comunidades de manera cercana y continuada, llegando a toda la población, independientemente de su nivel sociocultural y económico, lo que minimiza el impacto de los determinantes sociales y favorece la equidad en salud⁸. Además, mediante el desarrollo de actividades comunitarias (AC)⁹, la AP tiene el potencial de abordar los estilos de vida no saludables y sus causas, de manera holística y multidisciplinar, empoderando a la población al implicarla en su propio proceso de salud¹⁰.

Las AC son aquellas actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que van dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades¹¹. Estas intervenciones han demostrado mejorar la salud de la población¹². Sin embargo, el desarrollo de AC en el entorno de AP en España es desigual entre comunidades autónomas, siendo en muchas ocasiones

fruto del voluntarismo de los profesionales, lo que dificulta su difusión y evaluación, al tiempo que contribuye a su infrarregistro y falta de uniformidad¹³. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar la implantación e identificar y describir las AC llevadas a cabo durante 2018-2022 en un área sanitaria de Galicia. Adicionalmente, se determinarán las barreras y facilitadores para su desarrollo.

Material y métodos

Diseño

Se realizó un estudio de método cuantitativo, observacional de corte transversal basado en un cuestionario heteroadministrado, dirigido a coordinadores de enfermería o jefes de servicio y profesionales de AP con conocimientos sobre AC.

Ámbito del estudio

El estudio fue desarrollado en Galicia, en los 74 centros de salud del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza (ASSCB), una de las 7 áreas del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) de la red pública del sistema sanitario español.

En el año 2022, el ASSCB contaba con una población de referencia para AP de 442.618 ciudadanos, de los cuales el 24,14% eran mayores de 65 años. Aunque este dato es similar al registrado en las otras áreas sanitarias de la comunidad gallega, supone 5,6 puntos más respecto a la media española, lo que evidencia el envejecimiento poblacional del territorio estudiado.

Los centros de salud del ASSCB, pertenecen predominantemente al ámbito rural (85,13%). Estos se caracterizan por atender a un elevado porcentaje de pacientes pluripatológicos y de edad avanzada, cuya atención se ve dificultada por la dispersión geográfica característica del ámbito rural gallego. En este contexto sociodemográfico, cabe destacar que no existen datos a nivel institucional sobre las necesidades de la población mediante un diagnóstico de salud, ni tampoco la relación de activos de salud del área, en el periodo del estudio.

Unidad de análisis

Se incluyeron AC pertenecientes a los niveles 2 y 3 de acción comunitaria en AP (abordaje grupal y colectivo, respectivamente)⁹, con participación del equipo de AP de los centros de salud del ASSCB e iniciadas o en desarrollo durante 2018-2022, incluyendo el periodo de pandemia por COVID-19. Se excluyeron aquellas actividades de las que no fue posible recopilar información y en las que el equipo de AP únicamente se limitó a la captación de participantes.

Variables del estudio

Las variables del estudio fueron las relacionadas con: (i) características generales de las AC (título, centro de salud, año, tema, descripción, objetivo, tipo de intervención, lugar de desarrollo, número de sesiones, frecuencia/continuidad, asociaciones colaboradoras, financiación, evaluación, inicia-

tiva de su desarrollo); (ii) la población diana (participantes, nivel de participación, lugar y estrategia de captación y motivo de abandono,); (iii) los profesionales implicados (profesionales que participan, categoría profesional que lidera la AC, número de profesionales de AP, horario, adaptación de agendas AP, nivel de implicación AP) y las barreras y facilitadores para su desarrollo.

Unidad de muestreo

Todos los coordinadores de enfermería (n = 24) responsables de los 74 centros de salud del ASSCB (algunos coordinadores gestionaban varios centros) fueron invitados a participar en la cumplimentación de un cuestionario, mediante entrevista telefónica. Se contactó con estos profesionales debido a la mayor implicación de la enfermería con este tipo de intervenciones¹⁴. También participaron otros profesionales designados por los coordinadores cuando estos consideraron que tenían un conocimiento más profundo sobre las AC. Además, para abordar las variables "barreras y facilitadores", se entrevistó a los jefes de servicio en caso de no recibir respuesta de los coordinadores (criterio de no respuesta).

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo entre mayo de 2023 y enero de 2024 (fig. 1). Se tuvo en cuenta la disponibilidad de los participantes para concretar la entrevista y se adoptaron medidas para evitar la fatiga (entrevistas de no más de 25 min, no coincidente con horario de salida).

Para la identificación y obtención de la información correspondiente a las AC (secciones 1 y 2 del cuestionario, Apéndice A) se entrevistó a los coordinadores de enfermería y a los profesionales designados por estos. También se analizaron los registros internos disponibles sobre las AC registradas desde 2018-2022, facilitados por la Subdirección de Enfermería de AP del ASSCB; y se revisaron los registros existentes en las páginas web sobre actividades de promoción de salud tanto de ámbito nacional (<http://www.alianzasaludcomunitaria.org/activos-para-la-salud/>; <https://pacap.net/buscador-rac/>) como de Galicia (<https://www.sergas.es/Sociosanitario/Accions-Comunitarias?idioma=es>).

Para la recopilación de los datos correspondientes a las barreras y facilitadores de AC en AP (sección 3 del cuestionario, Apéndice A), se entrevistó a los coordinadores de enfermería o los jefes de servicio del centro. Se seleccionaron estos perfiles profesionales por ser los encargados de la organización del centro de salud, lo que les permitiría, a priori, tener mayor conocimiento sobre los factores que podrían condicionar la puesta en marcha de este tipo de intervenciones.

En aquellas AC identificadas mediante los registros internos pertenecientes a centros de salud sin coordinación de enfermería, debido a factores circunstanciales temporales como por ejemplo traslado o jubilación, se contactó con el equipo de enfermería para llegar a los profesionales que lideraron la actividad. Estos profesionales fueron entrevistados tanto para la recopilación de las características de la AC como para la identificación de las barreras y facilitadores.

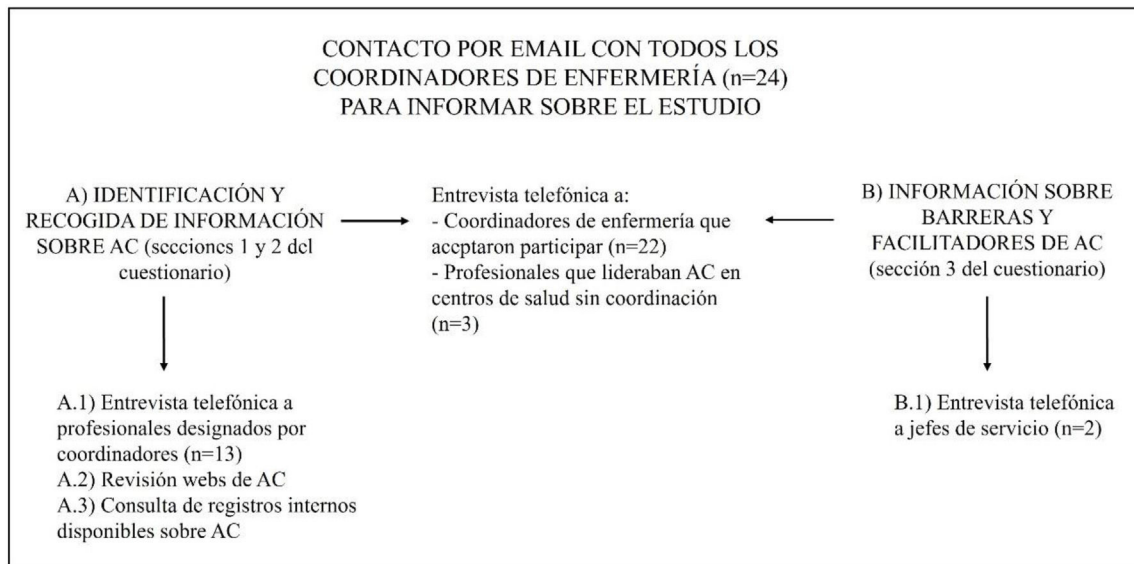


Figura 1 Esquema del estudio. Etapas del proceso de recopilación de información y profesionales que participaron en el estudio (n = 40)

AC (Actividad Comunitaria).

Cuestionario

La recogida de información se llevó a cabo mediante un cuestionario elaborado por los investigadores principales a partir de la literatura científica^{11,13,15,16}, estimándose la validez de contenido por juicio de expertos. El tiempo de cumplimentación del cuestionario osciló entre 5 y 25 min, dependiendo del número de AC identificadas.

El cuestionario consta de 33 preguntas (Apéndice A), distribuidas en 3 secciones. La primera sección que incluye 2 preguntas abiertas, 1 cerrada y 1 mixta, aborda cuestiones relacionadas con el centro de salud y la identificación de las AC desarrolladas durante 2018-2022. La segunda sección incluye 27 cuestiones (7 cerradas, 6 abiertas y 14 mixtas) sobre las características, participantes, personal implicado y evaluación de las AC, debiendo cumplimentarse para cada una de las AC identificadas en la primera sección. Finalmente, la tercera sección indaga mediante 2 preguntas mixtas, sobre las barreras y facilitadores para el desarrollo de AC en AP.

Análisis estadístico

Los resultados se presentaron como frecuencia y distribución porcentual. Las características de las AC conforme al ámbito donde fueron desarrolladas (rural/urbano) fueron analizadas mediante el test Chi cuadrado de Pearson, estableciéndose 0,05 como nivel de significación. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con IBM SPSS Statistics (versión 27).

Resultados

Un total de 40 profesionales (80% mujeres) participaron en el estudio. De ellos, 23 fueron enfermeros generales, 8 enfermeros especialistas en familiar y comunitaria, 2 enfermeros

especialistas en enfermería pediátrica, 2 enfermeros especialistas obstétrico-ginecológica, 3 médicos de familia, 1 pediatra y 1 trabajador social. La figura 2 muestra el proceso de identificación y selección de las AC incluidas en el estudio. Se identificaron un total de 95 AC (Tablas A.1 y B.1). Estas se llevaron a cabo únicamente en 21 (28,4%) de los 74 centros de salud del ASSCB, de los cuales 12 (57,1%) pertenecían al ámbito rural.

La tabla 1 recoge las principales características de las AC del estudio. La mayoría de las AC identificadas se desarrollaron de manera puntual (sin periodicidad establecida) (72,6%), con una única sesión (67,4%) en los años 2019 (38,9%), 2022 (32,6%) y 2018 (13,7%). Las AC fueron llevadas a cabo sin financiación (92,6%) en los centros de salud (55,8%) y centros educativos (22,1%), mediante charlas de educación para la salud (69,1%) y talleres (10,9%). Los temas más frecuentemente tratados fueron actividad física, educación sexual, alimentación y nutrición, salud en la mujer y primeros auxilios (53%) (tabla 2).

Las intervenciones estaban dirigidas a población general (22,2%), familias (16,2%), adolescentes o personas con enfermedades concretas (13,1%). Las AC se desarrollaron en grupos de hasta 40 personas (≤ 20 personas = 38,9%; > 20 a 40 personas = 15,8%), con una participación pasiva de los asistentes en todos los casos (100%). En las AC conformadas por más de una sesión (21,1%), no fue posible identificar los motivos de abandono de los participantes. La mayoría de las AC no fueron evaluadas (76,8%) y no pudo objetivarse el impacto en la salud de los participantes. Entre las AC evaluadas, se empleó principalmente la evaluación de proceso con encuesta de satisfacción (11,6%).

Si bien la colaboración con asociaciones estuvo presente en aproximadamente una cuarta parte de las AC (24,2%); únicamente el 9,5% de las AC fueron iniciadas a nivel intersectorial, surgiendo la mayoría de ellas por iniciativa de los profesionales de AP (81,1%), principalmente de manera individual (50,5%), quienes se encargaban de

Tabla 1 Características de las 95 AC desarrolladas durante 2018-2022, en 21 centros de salud, en el ámbito de AP del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

Variables		n (%)
Tema	Actividad física	12 (12,0)
	Educación sexual	12 (12,0)
	Alimentación y nutrición	10 (10,0)
	Salud en la mujer	10 (10,0)
	Primeros auxilios	9 (9,0)
	Otros ^a	47 (47,0)
Tipo de intervención	Charla educación para la salud	76 (69,1)
	Taller (exposición con parte práctica)	12 (10,9)
	Ejercicio físico	9 (8,2)
	Charla informativa (mesas informativas, reuniones informativas)	9 (8,2)
	Otros (entrega de folletos y reuniones entre profesionales)	4 (3,6)
Lugar de desarrollo	Centro de salud	53 (55,8)
	Centro educativo (colegio, instituto)	21 (22,1)
	Centros socioculturales	6 (6,3)
	Vía pública	6 (6,3)
	Otros (auditorio, asociación, ayuntamiento)	8 (8,5)
	ND	1 (1,1)
Periodicidad	Puntual	69 (72,6)
	Anual	16 (16,8)
	Otra (semanal, mensual o quincenal)	6 (6,4)
	ND	4 (4,2)
Evaluación	No	73 (76,8)
	Proceso (encuesta satisfacción)	11 (11,6)
	Resultado (encuesta pre-postest, publicación científica)	8 (8,4)
	Otros (glucemia capilar pre-poscaminata)	1 (1,1)
	ND	2 (2,1)
Población diana	Población general	22 (22,2)
	Madres y padres ^b	16 (16,2)
	Adolescentes ^c	13 (13,1)
	Pacientes con enfermedad (respiratoria, oncológica, endócrina, autismo)	13 (13,1)
	Niños ^d	12 (12,1)
	Otros ^e	23 (23,3)
Lugar de captación	Centro de salud	66 (66,7)
	Colegio	11 (11,1)
	Instituto	9 (9,1)
	Otros (ayuntamiento, asociaciones, vía pública)	11 (11,1)
	ND	2 (2,0)
Estrategia de captación	Profesionales de AP	65 (58,0)
	Carteles informativos, folletos y redes sociales	20 (17,9)
	Profesorado	17 (15,2)
	Otros (personal de asociaciones o del ayuntamiento)	8 (7,2)
	ND	2 (1,8)
Tipo de profesional	Enfermería con especialidad	40 (28,6)
	Enfermería	36 (25,7)
	Medicina	18 (12,9)
	Trabajo social/educación social	9 (6,4)
	Otros ^f	29 (20,7)
	ND	8 (5,7)
Categoría profesional que lidera la AC	Enfermería con especialidad	36 (34,3)
	Enfermería	29 (27,6)

Tabla 1 (continuación)

Variables	n (%)
Medicina	13 (12,4)
Trabajo social/educación social	7 (6,7)
Otros	11 (10,5)
ND	9 (8,6)
Nivel de implicación AP	
Captación y desarrollo	58 (62,4)
Desarrollo	16 (17,2)
Captación, desarrollo y evaluación	14 (15,1)
Desarrollo y evaluación	5 (5,4)
ND	5 (5,4)

AC (Actividad Comunitaria); AP (Atención Primaria), EIR (Enfermero/a interno residente); MIR (Médico/a interno residente); ND (No disponible).

^a Autismo, anticoagulación oral, cáncer y su prevención, cólico del lactante, Covid-19, cuidados del pie, diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), envejecimiento, fiebre, gripe, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y otros tóxicos), higiene, higiene postural, hipertensión arterial, inhaladores, instrucciones previas, manejo medicación, obesidad infantil, paciente inmovilizado, porteo, profesiones sanitarias, riesgo cardiovascular, salud bucodental, síndrome del cuidador quemado.

^b Incluye madres gestantes/posparto y sus parejas.

^c Incluye alumnos de educación secundaria en Institutos de Educación Secundaria (IES).

^d Incluye alumnos de educación infantil y primaria.

^e Profesorado, población con problemas con el alcohol y sus familiares, fumadores, cuidadores/familiares de pacientes, mujeres, personas > 65 años.

^f EIR, auxiliar de enfermería, MIR, personal del ayuntamiento y asociaciones, protección civil, guardia civil, fisioterapia, farmacia, higienista dental, inspección educativa, otros miembros del tercer sector, experto en marcha nórdica, monitor.

la captación de los participantes (58%) en los propios centros de salud (66,7%). Entre estos profesionales, el 62,4% se implicó tanto en la captación como en el desarrollo de la AC lo que se vio facilitado por la adaptación de sus agendas laborales (68,4%). En cuanto al tipo de profesional, destaca la categoría de enfermería, en particular especialista, tanto en participación (28,6%) como en liderazgo de las AC (34,3%).

Las características de las AC apenas difirieron entre centros urbanos y rurales con la excepción de que en el ámbito urbano las AC se desarrollaron más frecuentemente en centros de salud ($p=0,03$) que en otro tipo de instituciones y contaron con la participación de más asociaciones colaboradoras ($p=0,037$) que en el ámbito rural.

Con relación a las barreras y facilitadores para el desarrollo de este tipo de intervenciones (tabla 3), se identificó la saturación de las agendas de los profesionales como la principal barrera para su desarrollo (70,4%), seguida de la falta de motivación o interés (63%) y de conocimientos de los profesionales sobre AC (59,3%). Por el contrario, como elementos facilitadores fueron referidos mayoritariamente la flexibilización de las agendas (entendida como la posibilidad de ajustar y adaptar los horarios y la organización de citas de los profesionales) (96,3%), la incorporación de un profesional referente en AC en los centros de salud (81,5%), la formación específica en AC (77,8%); así como la visibilización de este tipo de actividades por parte de la administración pública (74,1%).

Discusión

Este es el primer estudio desarrollado en Galicia que identifica, describe y analiza las AC en el ámbito de AP; así como las barreras y facilitadores para su desarrollo. Los

resultados muestran que la mayoría de las AC no tienen continuidad, se desarrollan por iniciativa de los profesionales, con participación pasiva de los asistentes y escasa implicación intersectorial. Se identifica la flexibilización de las agendas de los profesionales como el factor común que facilita el desarrollo de AC en AP.

El desarrollo de AC se vio frenado durante los años 2020 y 2021 debido a las restricciones establecidas para hacer frente a la pandemia COVID-19¹⁷. Sin embargo, se observó un aumento de su desarrollo en 2019 (casi por triplicado) en comparación con 2018, recuperando la tendencia en 2022. A pesar de esta evolución aparentemente favorable, no debiera pasar desapercibido el carácter puntual con el que este tipo de AC se llevaron a cabo, lo que vendría a ratificar el hecho de que en AP predominan las actividades concretas y aisladas¹⁸. Si bien ha sido sugerido que la falta de continuidad de intervenciones sanitarias podría atribuirse a la adopción de estrategias de implementación deficientes¹⁹, la falta de financiación específica detectada en el presente estudio no debiera tampoco ser obviada, ya que podría suponer una limitación para su desarrollo. Asimismo, resulta alarmante el reducido número de AC que fueron evaluadas, puesto que esto imposibilita la toma de decisiones sobre qué intervenciones desarrollar y de cuáles prescindir (efecto coste-oportunidad), desestimando las prácticas de bajo valor²⁰.

El hecho de que sean los profesionales los que asuman la iniciativa para la puesta en marcha de las AC, atiende al voluntarismo descrito en estudios previos¹³; lo que sumado a la participación pasiva de los asistentes y a la escasa implicación intersectorial identificadas vendría a constatar que en el servicio gallego de salud persiste el modelo biomédico tradicional²¹, con programas comunitarios unidireccionales que pudieran no contemplar las necesidades reales ni el contexto específico de la comunidad²². Para evitarlo, es

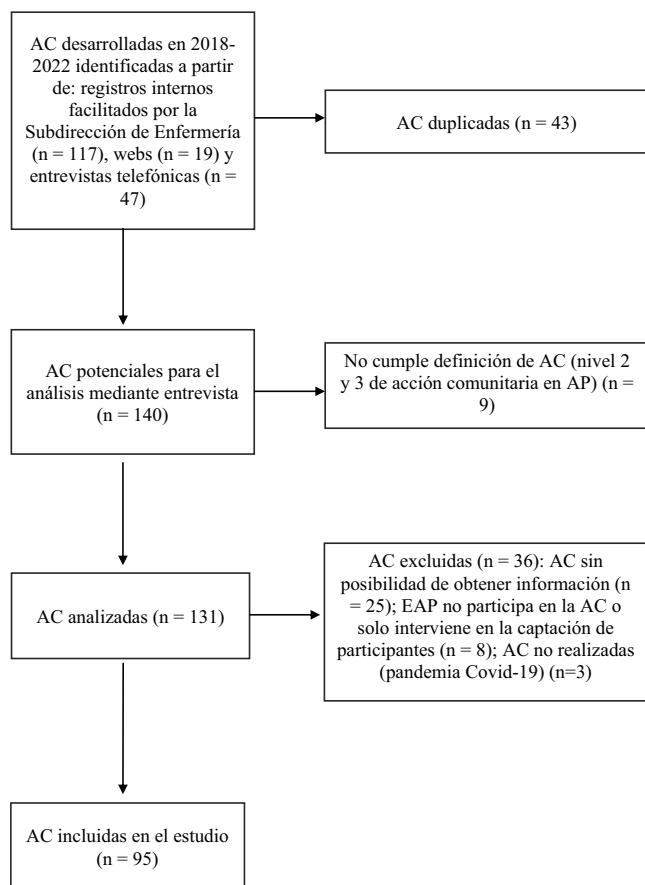
Tabla 2 Principales características de las AC, clasificadas conforme a la temática abordada, desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

Tema	Tipo de intervención	Lugar de desarrollo	Frecuencia/continuidad	Población diana	Tipo de profesional que participa	Iniciativa intersectorial
Actividad física (n = 12)	Charla educación para la salud (n = 5) Ejercicio físico (n = 7)	Centro de salud (n = 5) Vía pública (n = 5) Instituto (n = 1) Colegio (n = 1)	Puntual (n = 9) Semanal (n = 2) ND (n = 1)	Población general (n = 6) Colegio (n = 1) Instituto (n = 2) Pacientes con enfermedades [diabetes (n = 2), cáncer (n = 1)] Embarazadas (n = 1)	Enfermería con especialidad (n = 5) Enfermería (n = 4) Medicina (n = 3) Otros (n = 6) ND (n = 2)	Sí (n = 3) No (n = 9)
Educación sexual (n = 12)	Charla educación para la salud (n = 11) Charla informativa (n = 1) Taller (n = 2)	Centro de salud (n = 2) Instituto (n = 7) Colegio (n = 3)	Puntual (n = 8) Anual (n = 4)	Niños (n = 3) Adolescentes (n = 9)	Enfermería con especialidad (n = 13) Enfermería (n = 2) EIR (n = 1) Otros (n = 1)	Sí (n = 12) No (n = 0)
Alimentación y nutrición (n = 10)	Charla educación para la salud (n = 10)	Centro de salud (n = 7) Instituto (n = 1) Colegio (n = 1) Ayuntamiento (n = 1)	Puntual (n = 7) Semanal (n = 1) Anual (n = 2)	Madres y padres (n = 4) Mujeres (n = 1) Población general (n = 2) Cuidadores/familiares de pacientes (n = 1) Niños (n = 1) Adolescentes (n = 1)	Enfermería con especialidad (n = 6) Enfermería (n = 5) Auxiliar de enfermería (n = 1) Medicina (n = 1) Otros (n = 1) ND (n = 1)	Sí (n = 1) No (n = 9)
Salud en la mujer (n = 10)	Charla educación para la salud (n = 9) Charla informativa (n = 1)	Centro de salud (n = 6) Ayuntamiento (n = 1) Centro sociocultural (n = 1) Otros (n = 2)	Puntual (n = 7) Quincenal (n = 1) Anual (n = 2)	Población general (n = 1) Madres y padres (n = 4) Mujeres (n = 5)	Enfermería con especialidad (n = 7) Enfermería (n = 1) Medicina (n = 2) Trabajo Social (n = 1) Auxiliar de Enfermería (n = 1)	Sí (n = 2) No (n = 7) ND (n = 1)
Primeros auxilios (n = 9)	Charla educación para la salud (n = 9) Taller (n = 2)	Centro de salud (n = 3) Instituto (n = 1) Colegio (n = 4) Centro sociocultural (n = 1)	Puntual (n = 7) Anual (n = 2)	Niños (n = 4) Madres y padres (n = 3) Población general (n = 1) Otros (n = 1)	Enfermería con especialidad (n = 5) Enfermería (n = 4) Auxiliar de enfermería (n = 2) Medicina (n = 2) MIR (n = 1) EIR (n = 2)	No (n = 9) Sí (n = 0)
Diabetes (n = 5)	Charla educación para la salud (n = 3) Charla informativa (n = 1) Ejercicio físico (n = 1)	Centro de salud (n = 5)	Puntual (n = 3) ND (n = 2)	Población general (n = 1) Pacientes con enfermedades [diabetes (n = 4)]	Enfermería con especialidad (n = 2) Enfermería (n = 1) EIR (n = 1) ND (n = 2)	No (n = 3) ND (n = 2)

Tabla 2 (continuación)

Tema	Tipo de intervención	Lugar de desarrollo	Frecuencia/continuidad	Población diana	Tipo de profesional que participa	Iniciativa intersectorial
Paciente inmovilizado (n = 5)	Charla educación para la salud (n = 5) Taller (n = 3)	Centro de salud (n = 4) Ayuntamiento (n = 1)	Puntual (n = 4) Anual (n = 1)	Cuidadores (n = 5)	Enfermería (n = 4) Enfermería con especialidad (n = 1) Trabajo social (n = 1)	No (n = 4) ND (n = 1)
Cáncer y su prevención (n = 4)	Charla educación para la salud (n = 2) Charla informativa (n = 2) Otros (n = 1)	Centro de salud (n = 3) Vía pública (n = 1)	Puntual (n = 4)	Población general (n = 2) Pacientes con alguna enfermedad [oncológica (n = 2)] Familiares de pacientes (n = 2)	Enfermería con especialidad (n = 1) EIR (n = 1) Enfermería (n = 1) Medicina (n = 2) Trabajo social (n = 1)	No (n = 3) ND (n = 1)
Hábitos tóxicos (n = 4)	Charla educación para la salud (n = 4)	Centro de salud (n = 3) Colegio (n = 1)	Puntual (n = 3) Anual (n = 1)	Niños (n = 1) Adolescentes (n = 1) Otros (n = 2)	Enfermería con especialidad (n = 2) Enfermería (n = 1) Medicina (n = 1) EIR (n = 2) MIR (n = 2) Otros (n = 1)	No (n = 4) Sí (n = 0)
Salud bucodental (n = 3)	Charla educación para la salud (n = 3) Taller (n = 1)	Centro de salud (n = 1) Colegio (n = 2)	Puntual (n = 3)	Niños (n = 1) Adolescentes (n = 1) Población general (n = 1)	Auxiliar de Enfermería (n = 1) Enfermería (n = 1) Trabajo social (n = 1) Otros (n = 2)	No (n = 3) Sí (n = 0)
Otros (n = 26)	Charla educación para la salud (n = 20) Charla informativa (n = 4) Taller (n = 4) Ejercicio físico (n = 1) Otros (n = 3)	Centro de salud (n = 15) Colegio (n = 2) Instituto (n = 2) Ayuntamiento (n = 2) Centro sociocultural (n = 4) Otros (n = 1) ND (n = 1)	Puntual (n = 17) Semanal (n = 1) Mensual (n = 1) Anual (n = 6) ND (n = 1)	Población general (n = 9) Niños (n = 2) Adolescentes (n = 2) Pacientes con alguna enfermedad [respiratoria (n = 3), autismo (n = 1), cardiovascular (n = 1)] Madres y padres (n = 5) Cuidadores/familiares de pacientes (n = 3) Personas >65 años (n = 2)	Enfermería (n = 11) Enfermería con especialidad (n = 7) Medicina (n = 7) EIR (n = 1) Auxiliar de enfermería (n = 2) Trabajo social (n = 4) ND (n = 2) Otros (n = 8)	No (n = 20) Sí (n = 3) ND (n = 3)

ND (No disponible).



AC (Actividad comunitaria); AP (Atención primaria); EAP (Equipo de atención primaria).

Figura 2 Proceso de identificación y selección de las AC desarrolladas durante 2018-2022 en los centros de salud del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza.

AC (Actividad comunitaria); AP (Atención primaria); EAP (Equipo de atención primaria).

necesario integrar a los agentes comunitarios en AP con el fin de abordar de forma proactiva los problemas y necesidades de la comunidad²³, con herramientas estandarizadas que ayuden a evaluar y fomentar la participación comunitaria²⁴ en todas las fases del desarrollo de la AC¹⁶. Esto es esencial para involucrar a la población e incrementar el potencial impacto en la salud de las AC²⁵.

Los tiempos de la comunidad suelen diferir de los establecidos por los servicios de salud por lo que, que los profesionales puedan adaptar los horarios de sus consultas para dedicarse al abordaje comunitario facilitaría el desarrollo de AC²⁶. Esto se refrenda con el hecho de que la mayoría de las actividades de nuestro estudio se llevasen a cabo en horario laboral. Asimismo, la formación de los profesionales en AC es crucial para su correcto desarrollo²⁷, habiendo sido referido en el presente estudio la necesidad de formación específica, así como el escaso conocimiento de los profesionales como principales elementos facilitadores y barrera, respectivamente. En este contexto, el personal especializado en Familiar y Comunita-

Tabla 3 Barreras y facilitadores para el desarrollo de AC identificadas por los coordinadores de enfermería, jefes de servicio y profesionales que lideraron AC (n=27), en el ámbito de AP del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

Barreras	n	%
Agendas saturadas	19	70,4
Falta de motivación o interés de los profesionales	17	63,0
Falta de conocimiento de los profesionales	16	59,3
Falta de financiación	12	44,4
Falta de documentos de apoyo	12	44,4
Falta de apoyo de la administración pública	11	40,7
Otras ^a	11	40,7
Facilitadores		
Flexibilización de agendas	26	96,3
Incorporación de profesional referente en AC en los centros	22	81,5
Formación específica	21	77,8
Visibilización por parte de la administración pública	20	74,1
Financiación específica	16	59,3
Disponibilidad de espacios específicos	15	55,6
Incentivos económicos a profesionales	13	48,1
Otros ^b	7	25,9

AC (Actividad comunitaria); AP (Atención primaria).

^a Falta de personal y sobrecarga de trabajo, falta de aptitud o habilidades personales de los profesionales, falta de adherencia de los participantes que frustra a los profesionales, falta de espacios adecuados, estructura actual de Atención Primaria, trabas burocráticas de ayuntamientos y centros educativos.

^b Motivación del personal secundaria a la acreditación de los centros de salud como centro docente o a la disponibilidad de medios para la difusión de las AC (ej. radio), desarrollo de AC en horario laboral, incentivos económicos a los referentes de AC, programación de AC en agendas, aumento de la formación en pedagogía de los profesionales porque mejora las habilidades para su puesta en marcha, disponibilidad de asesoramiento a demanda, compensación de la jornada laboral si la AC se realiza fuera del horario laboral.

ria (MIR y EIR), con mayor “cultura comunitaria” inculcada durante la especialización, se perfila como el profesional ideal para potenciar el abordaje comunitario en AP y facilitar el nexo entre el servicio de salud y los agentes de la comunidad, algo esencial para el éxito de estas intervenciones²⁸.

Otro de los elementos facilitadores para el desarrollo de AC identificado en el presente estudio fue la figura de un referente en AC. En línea con lo establecido en la “Estrategia gallega de Salud Comunitaria en AP”²⁹, la presencia de profesionales referentes dentro de una red interconectada que posibilite el intercambio de ideas, actividades o proyectos entre los centros de salud¹³, algo hasta el momento no conseguido, podría ayudar a impulsar la implantación de AC. De la misma manera, para la rea-

lización de futuras AC sería esencial analizar el contexto comunitario de la zona; así como hacer una revisión documental de experiencias previas a partir de las cuales mejorar el diseño y la evaluación de las AC.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se pudo producir sesgo de memoria debido a que la información para las variables del estudio fue recopilada de modo retrospectivo. En este sentido, a nivel institucional es necesaria la creación de una base de datos sobre AC que incluya indicadores de evaluación como metas alcanzadas, tiempos y costes, permitiendo a profesionales y usuarios conocer en detalle las intervenciones realizadas, o en desarrollo, de su zona de salud. Esto contribuirá a mejorar la implantación de AC y el diseño de futuros estudios. En segundo lugar, se pudo incurrir en un sesgo institucional, ya que el estudio se ha realizado únicamente en el ASSCB, y los resultados pudieran no ser extrapolables al resto de áreas sanitarias de Galicia o de España. En tercer lugar, los participantes podrían haber informado solo de aquellas actividades que consideraban más relevantes o significativas (sesgo de reporte). Si bien, este sesgo habría sido minimizado por la revisión de registros internos y otras fuentes de datos. Por último, aunque este estudio está orientado hacia la promoción de la salud en la comunidad, la metodología utilizada en las AC identificadas se basó en una transmisión de información unidireccional, en lugar del enfoque participativo, característico de las AC en promoción de la salud. Dado el papel transcendental de los agentes comunitarios para el éxito de las AC, los estudios futuros deberían intentar involucrarlos tanto en el diseño como en su desarrollo.

Conclusión

La implantación y desarrollo de AC sigue una tendencia creciente, pese a que la mayoría son de carácter puntual y carecen de una participación activa e intersectorial manifiesta. Existe una escasa participación de profesionales potencialmente clave en el desarrollo de AC como médicos y trabajadores sociales. Sería interesante investigar las limitaciones a las que se enfrentan estos profesionales, y desarrollar políticas de incentivos y reconocimiento profesional que fomentasen su participación, así como integrar de manera formal las AC en sus responsabilidades laborales.

De la misma manera, dada la escasa constancia de evaluación o análisis de satisfacción de las AC, de cara a la realización de otras AC debería incidirse en estos aspectos, dado que dicha información es esencial para el planteamiento de AC futuras (eficacia de AC, comprensión de cambios asociados a AC...) con el fin de lograr el empoderamiento total de la población y, en consecuencia, obtener mejores resultados en salud. Esto, junto con la flexibilización de las agendas de AP y la inclusión de profesionales formados en atención comunitaria, contribuiría a mejorar el diseño y desarrollo de las AC en la comunidad gallega.

Lo conocido sobre el tema

- Las AC son útiles para mejorar la salud de la población, pero su desarrollo es escaso.
- El desarrollo de AC en Galicia en el ámbito de AP no está estandarizado.
- Las AC surgen del voluntarismo de los profesionales de AP.

Qué aporta este estudio

- Se analiza el grado de implantación de las AC en el ámbito de AP de un área sanitaria de Galicia.
- Se identifican y clasifican las AC desarrolladas durante 2018-2022, con participación del equipo de AP, en un área sanitaria de Galicia.
- Se determinan los factores relacionados para una implantación efectiva de las AC en la comunidad gallega.

Financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de ética de Santiago-Lugo (2022/277), y se garantizó la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018).

Declaraciones de interés

Ninguna.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen a Montserrat Souto Pereira (subdirectora de Enfermería del ASSCB) su colaboración para la recopilación de datos, así como a todos los profesionales entrevistados, sin cuya participación este estudio no habría sido posible.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2024.103134](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134).

Bibliografía

1. Morelli V. Social determinants of health: an overview for the primary care provider. *Prim Care*. 2023;50:507–25.

2. GBD., 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl*. 2018;392(10159):1736-88.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [consultado 2 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. [consultado 28 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>.
5. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep*. 2018;12:284-93.
6. Fisher B, Chanan G. Social action for health gain: the potential of community development. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2015;65:97-8.
7. Álvarez ÓS, Ruiz-Cantero MT, Cassetti V, Cofiño R, Álvarez-Dardet C. Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gac Sanit*. 2021;35:488-94.
8. Consejo, Interterritorial, Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. 2021.
9. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico [Internet]. [consultado 31 May 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTécnicos/atencionPrimaria.htm>.
10. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria De Salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 Sep. 1978. Informe. Ginebra: OMS; 1978.
11. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43:289-96.
12. Mosteiro Miguéns DG, Rodríguez Fernández A, Zapata Cachafeiro M, Vieito Pérez N, Represas Carrera FJ, Novio Mallón S. Community activities in primary care: a literature review. *J Prim Care Community Health*. 2024;15, 21501319231223362.
13. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M. ¿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.
14. March S, Soler M, Miller F, Montaner I, Pérez Jarauta MJ, Ramos M. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37:25-33.
15. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. 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. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria*. 2002;29:26-32.
17. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 956/2020 nov 4, 2020 p. 95841-5. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/11/03/956>.
18. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, del Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32:22-5.
19. Martínez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, et al. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the «Prescribe Vida Saludable» strategy. *BMC Fam Pract*. 2017;18:23.
20. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Aten Primaria*. 2023;55, 102630.
21. Zurro AM. Apuntes sobre el desarrollo del modelo de reforma de la atención primaria y comunitaria de los años 80. *Aten Prim Práct*. [Internet]. 2022 [consultado 13 May 2024];4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-apuntes-sobre-el-desarrollo-del-S2605073022000396>.
22. Minary L, Alla F, Cambon L, Kivits J, Potvin L. Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72:319-23.
23. Cain CL, Orionzi D, O'Brien M, Trahan L. The power of community voices for enhancing community health needs assessments. *Health Promot Pract*. 2017;18:437-43.
24. López-Ruiz MV, Pola M, Enríquez Martín N, Cassetti V, Iriarte de los Santos T, Benedé Azagra CB. ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación. *Aten Primaria*. 2024;56, 102847.
25. Bloch G, Rozmovits L. Implementing social interventions in primary care in Canada: A qualitative exploration of lessons learned from leaders in the field. *PloS One*. 2023;18, e0281112.
26. Domínguez García M, Pola-García M, Oliván Blázquez B, Lahoz Bernad I, Lou Alcaine ML, Benedé Azagra CB. Análisis de las agendas comunitarias en atención primaria y factores asociados a su implantación. *Gac Sanit*. 2022;37:102257.
27. Calvo Álvarez de Arkaia A, Benedé Azagra CB, Gandarias Jaio M, Cardo Miota A, Hernán García M. ¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2024;38:102403.
28. 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;37:16.
29. Servizo Galego de Saúde. Estrategia gallega de salud comunitaria en atención primaria 2023-2027. [Internet]. [consultado 7 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Estratexia-galega-de-saude-comunitaria-en-atencion-primaria-2023-2027?idioma=es>.