

Original

¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC



Sebastià March^{a,*}, Matilde Jordán Martín^b, Isabel Montaner Gomis^c, Carmen Belén Benedé Azagra^d, Lázaro Elizalde Soto^{e,f}, María Ramos^g y el grupo del Proyecto frAC¹

^a Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Ibsalut, Palma de Mallorca, España

^b Centro de Salud Estrecho de Correa, Madrid, España

^c Centro de Salud El Carmel, Barcelona, España

^d Centro de Salud Oliver, Zaragoza, España

^e Instituto de Salud Pública de Navarra, Pamplona, España

^f CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^g Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Salut i Consum Illes Balears, Palma de Mallorca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de septiembre de 2013

Aceptado el 29 de enero de 2014

On-line el 7 de marzo de 2014

Palabras clave:

Promoción de la salud

Intervenciones comunitarias

Comunidad

Investigación en servicios de salud

Atención primaria

R E S U M E N

Objetivos: Describir las actividades comunitarias de promoción de la salud realizadas en atención primaria, y comparar los tipos y formas de llevarse a cabo en las distintas comunidades autónomas.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo realizado en atención primaria de cinco comunidades autónomas. Se incluyeron actividades comunitarias no puntuales, realizadas en el año previo, con participación del equipo de atención primaria, en las que la comunidad participaba activamente o era una actividad intersectorial. Responsables de 194 equipos respondieron sobre participación en actividades comunitarias. En caso afirmativo, se completaba un cuestionario. Variables: tema abordado, población diana, profesionales implicados, tiempo y ámbito de realización, evaluación, perspectivas teóricas, inscripción en redes, participación de la comunidad y otros agentes, y valoración de estas participaciones. Análisis: descriptivo estratificado por comunidades autónomas.

Resultados: Se identificaron 183 actividades comunitarias en 104 equipos. Aunque varían entre las comunidades autónomas, destacan las actividades de salud general, alimentación y salud afectiva-sexual, dirigidas a población general, infancia o progenitores, y desarrolladas en centros educativos o de salud. La mediana de trayectoria es de 4 años y con 2,8 profesionales implicados. El 72,5% se realizan en horario laboral, el 75% son evaluadas y el 70% apoyadas en perspectivas teórico-metodológicas. En el 65% participan sectores no sanitarios, en el 60% la administración y en el 58,5% entidades cívicas. En el 85,8% participaba personal de enfermería, en el 38,5% de medicina y en el 35% de trabajo social. Hay variabilidad entre comunidades autónomas.

Discusión: Se aprecia variabilidad entre comunidades autónomas en los tipos y formas de aplicación de las actividades comunitarias realizadas por atención primaria, así como en el reconocimiento institucional y la implicación comunitaria en el desarrollo y la evaluación de la actividad.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

What are we doing in neighborhoods? Description of health-promoting community activities in primary care: The FrAC Project

A B S T R A C T

Objective: To describe the health-promoting community activities developed in primary health care and compare types of activities and how they are performed among autonomous regions.

Methods: A descriptive multicenter study was carried out in primary care in 5 Spanish regions. We included community activities consisting of non-sporadic activities, carried out in the previous year, with the participation of the primary care team, and the active participation of the community or as a cross-sector activity. The persons responsible for each of the 194 teams were asked if the team participated in community activities and, if so, a questionnaire was completed by the person responsible for each activity. The variables consisted of the topic addressed, the target population, the professionals involved, the time and scope of implementation, evaluation, theoretical perspectives, network registration, the involvement of the community and other agents, and evaluation of this involvement. A descriptive analysis was performed, stratified by region.

Keywords:

Health promotion

Community interventions

Community

Health service research

Primary health care

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: smarch@ibsalut.caib.es, sebastia.march@gmail.com (S. March).

¹ En el Proyecto frAC participan, además de los firmantes: Joana Ripoll, M^l Clara Vidal, M. de Lluc Bauzà Amengual, Trinidad Planas Juan, Damiana Maria Pérez Mariano, Micaela Lull Sarralde, Rosa Bajo Viñas, Carmen Solano Villarubia, Juan Luis Ruiz-Giménez, María Rodríguez Bajo, Manuela Córdoba Victoria, Marta Badia Capdevila, Elena Serrano Fernández, María Bosom Diumenjo, Bonaventura Bolívar Ribas, Edurne Zabaleta del Olmo, Ángel Antoñanzas Lombarte, Samantha Bregel Cotaina, Ana Calvo Tocado, Bárbara Oliván Blázquez, Rosa Magallón Botaya, Pilar Marín Palacios, Margarita Echaury Ozcoidi, M^l José Pérez-Jarauta y Joan Llobera.

Results: We identified 183 community activities in 104 teams. Although there was wide variability among regions, most activities were related to general health, nutrition and emotional-sexual health and targeted the general population, children or parents and were carried out in educational or health centers. Participating professionals had a median of 4 years of experience and a median of 2.8 professionals were involved in each activity. A total of 72.5% of the activities were performed during working hours, 75% were evaluated, and 70% were supported by theoretical and methodological perspectives. Non-health sectors were involved in 65%, local government in 60%, and nongovernmental organizations in 58.5%. Nurses were involved in 85.8% of the activities, physicians in 38.5%, and social workers in 35%. Substantial variability was detected among regions.

Discussion: Wide variability was found in the types of activities and their application among the community activities developed by primary care, as well as in institutional recognition and community involvement in the development and evaluation of these activities.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los años 1980 se inició un importante proceso de reforma de la atención primaria en España, que sobre un marco común tuvo diferentes modos de concreción en cada comunidad autónoma. La diversidad aumentó a partir del año 2002, cuando finalizó el traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas, y la reforma adquirió caminos dispares, con diferentes niveles de financiación, modelos de atención y ofertas de servicios, lo que explica la sucesión de estudios de variabilidad que se han realizado en los últimos años sobre los distintos aspectos abordados por la reforma¹⁻⁴.

En los inicios de la reforma se otorgaba a los equipos de atención primaria la responsabilidad de llevar a cabo intervenciones comunitarias de promoción de la salud. La definición estructural y organizativa de la atención primaria favorecía este objetivo, ya que quedaba formada por equipos multidisciplinares repartidos por todo el territorio, cercanos a las poblaciones atendidas, a su vez bien delimitadas y que disponían de acceso gratuito y casi universal a los servicios sanitarios. Pero la orientación comunitaria de la atención primaria fue uno de los aspectos más olvidados de la reforma^{5,6}, y hoy día la realización de actividades comunitarias de promoción de la salud no está tan extendida como era de esperar y a menudo se mantiene gracias al voluntarismo y la iniciativa individual de algunos profesionales^{7,8}. Se sabe que el desarrollo de las actividades comunitarias en atención primaria varía entre comunidades autónomas^{8,9}, aunque no hay estudios que describan la variabilidad ni las actividades que se están realizando.

Este estudio forma parte del proyecto frAC¹⁰ de investigación sobre actividades comunitarias, que pretende estudiar los factores que se asocian con su realización en atención primaria. En el presente artículo se describen las actividades realizadas y su variabilidad entre comunidades autónomas en cuanto a tipos y formas de llevarlas a cabo.

Métodos

Diseño

Estudio multicéntrico descriptivo, realizado en atención primaria de cinco comunidades autónomas (Illes Balears, Catalunya, Aragón, Madrid y Navarra), donde la unidad de análisis fueron las actividades comunitarias. Dentro de cada comunidad se abarcaron sólo las áreas o sectores de salud donde había miembros del equipo investigador: de Illes Balears, los 43 centros de salud del área de Mallorca; en Madrid, 28 centros (área 1); en Catalunya, 63 centros (área de Barcelona); en Aragón, 45 centros (sectores de Zaragoza y Huesca); y en Navarra, área única con 54 centros, se seleccionaron 15 aleatoriamente. La recogida de información se realizó el año 2009.

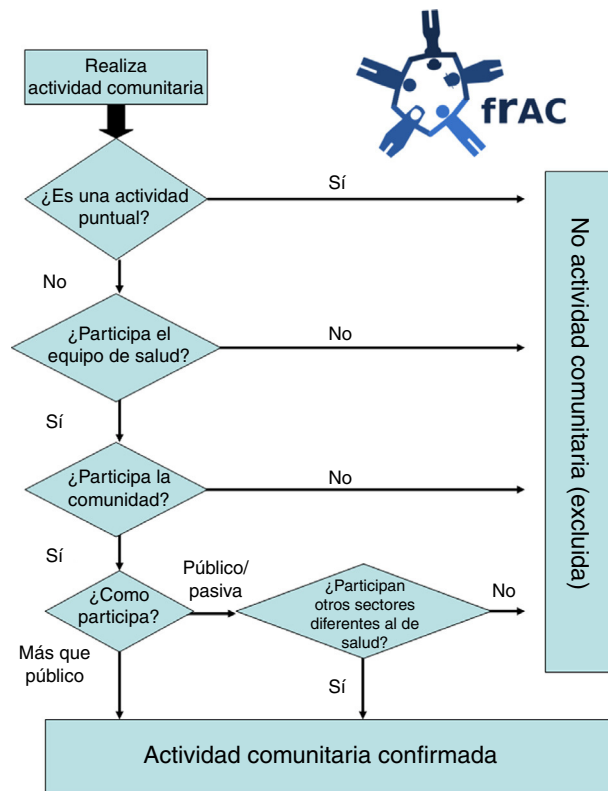


Figura 1. Algoritmo de confirmación de las actividades comunitarias.

Criterios de inclusión

El estudio frAC parte de una definición de actividad comunitaria fruto del consenso de un grupo de personas expertas¹¹ (fig. 1). Así, para que una acción fuese considerada como actividad comunitaria debía estar activa en el año anterior, no ser puntual (incluida en algún programa), contar con participación del equipo de atención primaria y que la ciudadanía participara más activamente que como público pasivo o bien se tratara de una actividad intersectorial, es decir, en la que colaboraran sectores diferentes al de salud. Se excluyeron acciones dirigidas únicamente al diagnóstico o la detección de problemas de salud, campañas de vacunación y consultas individuales e intervenciones grupales que no consideraban explícitamente la participación de la comunidad. Los equipos de atención primaria consultados debían llevar al menos un año en funcionamiento.

Selección de los sujetos

Se contactó telefónicamente con responsables de enfermería y coordinadores de todos los centros de salud y se les preguntó

sobre la participación de su equipo en actividades comunitarias en el último año. Ante una respuesta afirmativa se administraba otro cuestionario telefónico a la persona responsable de cada actividad, para confirmar los criterios de inclusión y recoger información descriptiva. En caso de duda, el equipo de investigación realizaba una segunda revisión para garantizar la inclusión.

El número de equipos de atención primaria seleccionados (194) se calculó en función de otro objetivo del proyecto frAC¹⁰. De estos equipos, se recogieron todas las actividades comunitarias realizadas en el último año.

Variables recogidas y plan de análisis

Se recogió información sobre el problema de salud abordado, la población diana, el número y la categoría de los profesionales implicados, el tiempo de trayectoria, el lugar de realización de la actividad y la existencia de evaluación. Se preguntó sobre la utilización de perspectivas teóricas concretas, como la educación para la salud¹², el desarrollo comunitario¹³ o la investigación en acción participativa¹⁴; y sobre la inscripción de la intervención en redes de intervenciones de promoción de la salud existentes en España, como la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria¹⁵ de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la red catalana AUPA¹⁶ (Actuamos todos Unidos Por la Salud) y la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud¹⁷ (RAPPS).

El nivel de participación de la comunidad se registró, simplificando la escala ordinal del modelo clásico de Arnstein¹⁸, en pasiva (participación limitada a público-receptor de información), consultiva (la comunidad tuvo funciones consultivas o impulsó la acción demandándola a las instituciones) y activa (contribuyó a la intervención). En caso de ser activa, se recogió en qué etapas estaba implicada (diseño, proceso o evaluación). Se preguntó sobre la colaboración de otros agentes sanitarios (hospitales, oficinas de farmacia, unidades de drogadicción), sectores no sanitarios (educación, servicios sociales), ONG y asociaciones civiles, y de la administración (municipal, autonómica, del estado). Por último, se solicitó una valoración de la implicación de la administración, la comunidad y el resto de los profesionales del equipo de atención primaria en la actividad comunitaria utilizando una escala Likert de 5 puntos (1: poca implicación; 5: mucha implicación).

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las características de las actividades comunitarias en su conjunto y estratificado por comunidades autónomas, utilizando el programa SPSS v.18.

Aspectos éticos

El estudio cuenta con la aprobación de las comisiones de investigación y las gerencias de todas las áreas donde se realizó, así como de los comités de ética de la investigación de la Fundació Jordi Gol i Gurina en Barcelona y del área 11 de Madrid. La participación fue voluntaria. La identidad de los centros y de las personas participantes se codificó para guardar el anonimato.

Resultados

De los 194 equipos consultados, 145 (74%) afirmaron haber realizado 293 actividades comunitarias en el último año. De éstas, 183 (62,5%) cumplían los criterios de inclusión y fueron realizadas por 104 equipos de atención primaria (media de 1,75 actividades por equipo que las realiza). El 88,1% cumplían el criterio de intersectorialidad, el 80,3% el de participación de la comunidad y el 68% ambos. Los motivos de exclusión se recogen en la figura 2.

Por comunidades autónomas, se confirmaron 70 en el área 1 de Madrid, 47 en los centros de salud de Aragón, 28 en Mallorca, 27 en Barcelona y 11 en Navarra.

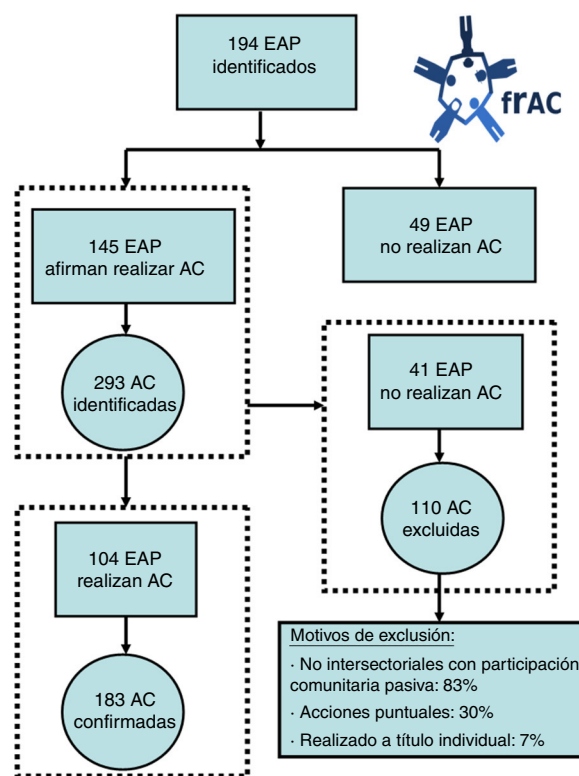


Figura 2. Diagrama de flujo de los equipos de atención primaria y de las actividades comunitarias seleccionadas.

Los temas, las poblaciones diana y las localizaciones de las actividades comunitarias se recogen en la tabla 1, así como su variación según las comunidades autónomas. En un 75% de las actividades comunitarias se afirmó haber realizado evaluación, aunque la comunidad sólo participó en la evaluación del 23,5%.

En cuanto al tiempo que llevaban realizándose, la mediana fue de 4 años de trayectoria, con un intervalo de 1 a 27 años. El 72% tenían más de 2 años de trayectoria. La mediana de profesionales que participaban en cada actividad fue de 2,8, con un intervalo de 1 a 15. En el 85% de las actividades comunitarias participaba más de un profesional por equipo de atención primaria. En el 61% participaban dos profesionales de diferentes perfiles, mayoritariamente medicina-enfermería. Las actividades se realizaban siempre o casi siempre en horario laboral (72,5%), aunque esto variaba según la comunidad autónoma: Aragón 60%, Illes Balears 63%, Catalunya 77%, Madrid 78% y Navarra 100%.

La comunidad tuvo una participación pasiva en el 19% de las actividades, consultiva en el 29% y activa en el 49,5%. De estas últimas, en el 32% participaba en el diseño de la actividad, en el 32% en el proceso y en el 23,5% en la evaluación. En la tabla 2 se recoge el grado de participación por comunidades autónomas, así como los profesionales y agentes implicados. La valoración de los apoyos del equipo y la administración, así como de la participación de la comunidad, se recogen en la tabla 3.

Un 70% de las actividades comunitarias se apoyaron en alguna perspectiva teórico-metodológica. Este porcentaje varió mucho entre comunidades autónomas: Illes Balears 30%, Aragón 56%, Catalunya 77%, Madrid 85% y Navarra 100%. El 20% de las que usaron alguna perspectiva afirmaron utilizar más de una. Las perspectivas más mencionadas fueron la educación para la salud, el desarrollo comunitario y la investigación en acción participativa. El 23% de las actividades comunitarias estaban incluidas en alguna red o registro de actividades de promoción de la salud en España. Las más mencionadas fueron la RAC (12%), AUPA (4%) y la RAPPS (3%).

Tabla 1
Descripción de las actividades comunitarias por comunidades autónomas (2009)

	Total n (%) 183 (100)	I. Balears n (%) 28 (100)	Madrid n (%) 70 (100)	Catalunya n (%) 27 (100)	Aragón n (%) 47 (100)	Navarra n (%) 11 (100)
<i>Tema^a</i>						
Salud general	90 (49,2)	13 (46,4)	25 (35,7)	19 (70,4)	30 (63,8)	3 (27,3)
Alimentación	70 (38,3)	16 (57,1)	29 (41,4)	5 (18,5)	15 (31,9)	5 (45,5)
Afectivo-sexual	36 (20,2)	5 (19,9)	16 (22,9)	2 (7,4)	10 (21,3)	3 (27,3)
Actividad física	30 (16,4)	2 (7,1)	9 (12,9)	8 (29,6)	9 (19,1)	2 (18,2)
Drogas	19 (10,4)	5 (17,9)	4 (5,7)	2 (7,4)	6 (12,8)	2 (18,2)
Cuidadores/as	17 (9,3)	-	3 (4,3)	1 (3,7)	11 (23,4)	2 (18,2)
Tabaco	15 (8,2)	4 (14,3)	3 (4,3)	2 (7,4)	3 (6,4)	3 (27,3)
<i>Población diana^a</i>						
General	62 (33,9)	5 (17,9)	17 (24,3)	14 (51,9)	26 (55,3)	-
Infancia	41 (22,4)	4 (14,3)	23 (32,9)	5 (18,5)	7 (14,9)	2 (18,2)
Madres y padres	36 (20,2)	8 (28,6)	18 (25,7)	3 (11,1)	7 (14,9)	1 (9,1)
Jóvenes	23 (12,6)	7 (25)	8 (11,4)	3 (11,1)	2 (4,3)	3 (27,3)
Mujeres	19 (10,4)	2 (7,1)	7 (10)	1 (3,7)	7 (14,9)	2 (18,2)
Mayores	18 (9,8)	2 (7,1)	4 (5,7)	1 (3,7)	2 (4,3)	-
Inmigrantes	13 (7,1)	2 (7,1)	3 (4,3)	1 (3,7)	6 (12,8)	1 (9,1)
Cuidadores/as	11 (6)	2 (7,1)	2 (2,9)	-	5 (10,6)	2 (18,2)
<i>Localización^a</i>						
Centro educativo	76 (41,5)	5 (17,9)	34 (48,6)	8 (29,6)	24 (51,1)	5 (45,5)
Centro salud	64 (35)	4 (39,3)	28 (40)	17 (63)	5 (10,6)	3 (27,3)
Local barrio	24 (13,1)	3 (10,7)	2 (2,9)	15 (55,6)	3 (6,4)	1 (9,1)
Local administración	24 (13,1)	4 (14,3)	5 (7,1)	4 (14,8)	11 (23,4)	-
Calle	16 (8,7)	2 (7,1)	1 (1,4)	10 (37)	3 (6,4)	-
Hay evaluación	131 (75,3)	15 (55,6)	62 (88,6)	17 (65,4)	28 (68,3)	9 (90)

^a Al ser variables de múltiple opción, los porcentajes pueden sumar más del 100%.

Tabla 2
Participación en las actividades comunitarias según la comunidad autónoma (2009)

	Total n (%)	I. Balears n (%)	Madrid n (%)	Catalunya n (%)	Aragón n (%)	Navarra n (%)
Participación intersectorial^a						
<i>Sector sanitario</i>	9 (47)	9 (32,1)	31 (44,3)	16 (59,3)	25 (53,2)	5 (45,5)
Oficinas de farmacia	24 (13,1)	-	4 (5,7)	3 (11)	17 (36,2)	-
U. drogodependencias	15 (8,2)	-	6 (8,6)	4 (14,8)	3 (6,4)	2 (18,2)
<i>Sectores no sanitarios</i>	119 (65)	17 (60,7)	4 (62,9)	21 (77,8)	29 (61,7)	8 (72,7)
Servicios sociales	73 (39,9)	10 (35,7)	24 (34,3)	18 (6,7)	14 (29,8)	7 (63,6)
Educación	64 (35)	8 (28,6)	24 (34,3)	10 (37)	16 (34)	6 (54,5)
<i>Administración</i>	110 (60,1)	13 (46,4)	38 (54,3)	20 (74,1)	31 (66)	8 (72,7)
Ayuntamiento	80 (43,7)	10 (35,7)	25 (35,7)	16 (59,3)	22 (46,8)	7 (63,6)
Gobierno autonómico	37 (20,2)	-	14 (20)	3 (11,1)	12 (25,5)	8 (72,7)
<i>Entidades cívicas</i>	107 (58,5)	14 (50)	35 (50)	25 (92,6)	28 (59,6)	5 (45,5)
Asociaciones de vecinos	52 (28,4)	3 (10,7)	17 (24,3)	11 (40,7)	21 (44,7)	-
AMPA	44 (24)	3 (10,7)	20 (28,6)	8 (29,6)	11 (23,4)	2 (18,2)
ONG	28 (15,3)	-	13 (18,6)	7 (25,9)	6 (12,8)	2 (18,2)
Parroquia	19 (10,4)	1 (3,6)	11 (15,7)	5 (18,5)	2 (4,3)	-
Participación profesionales^a						
<i>Enfermería</i>	157 (85,8)	24 (85,7)	61 (87,1)	26 (96,3)	37 (78,7)	9 (81,8)
Medicina	71 (38,5)	6 (21,4)	30 (42,9)	10 (37)	24 (51,1)	1 (9,1)
Trabajo social	64 (35)	-	22 (31,4)	14 (51,9)	20 (42,6)	8 (72,7)
Pediatría	28 (15,3)	5 (17,9)	11 (15,7)	3 (11,1)	6 (12,8)	3 (27,3)
Matrona	17 (9,3)	4 (14,3)	7 (10)	-	6 (12,8)	-
Otros	15 (8,2)	1 (3,6)	13 (18,6)	1 (3,7)	-	-
Participación de la comunidad						
<i>Público/pasiva</i>	35 (19,2)	9 (32,1)	17 (24,3)	5 (18,5)	2 (4,3)	2 (18,2)
Asesor/demandante	53 (29,1)	4 (14,3)	14 (20)	7 (25,9)	25 (54,3)	3 (27,3)
<i>Planificador/activa^a</i>	90 (49,5)	15 (53,6)	36 (51,4)	15 (55,6)	18 (39,1)	6 (54,5)
Diseño	59 (32,2)	10 (35,7)	21 (30)	10 (37)	15 (31,9)	3 (27,3)
Proceso	58 (31,7)	11 (39,3)	27 (38,6)	3 (11,1)	12 (25,5)	5 (45,5)
Evaluación	43 (23,5)	5 (17,9)	25 (35,7)	-	8 (17)	5 (45,5)

^a Al ser variables de múltiple opción, los porcentajes pueden sumar más del 100%.

Tabla 3
Valoración de apoyos y participación comunitaria según la comunidad autónoma (2009)

Valoración ^a	Total	I. Balears	Madrid	Catalunya	Aragón	Navarra
Apoyo equipo atención primaria	3,7 (1,2)	3,6 (1,3)	3,5 (1,1)	4,1 (0,9)	3,9 (1,2)	4 (1)
Apoyo gerencia atención primaria	2,9 (1,3)	2,6 (1,4)	3,4 (1,2)	3,6 (1,2)	2,1 (1,2)	2,5 (1,3)
Participación de la comunidad	3,8 (1,2)	4,3 (0,9)	3,6 (1)	3,8 (1)	4 (0,8)	3,6 (1,5)

^a Valoración (media y desviación típica) de 1 (poco apoyo/poca participación) a 5 (mucho apoyo/mucha participación).

Discusión

El principal resultado del estudio es la heterogeneidad en las comunidades autónomas de las actividades comunitarias realizadas en atención primaria, sobre todo en la forma en que se llevan a cabo. Al describir las actividades realizadas en cinco comunidades autónomas se aprecia cierto asentamiento, pero también algunas deficiencias en los reconocimientos y apoyos que reciben y en el grado de participación de la comunidad.

Hay distintas maneras de concebir las actividades comunitarias¹⁹, lo que explica que tres cuartas partes de los centros consultados afirmasen haberlas realizado, aunque sólo el 62% cumplían finalmente los criterios de inclusión. Esta discrepancia se debe a que muchos equipos consideraban todas las intervenciones grupales como comunitarias, aunque fueran puntuales o la comunidad tuviera una mínima participación. La definición utilizada en el proyecto, fruto del consenso de un grupo de personas expertas, pretendía ser lo suficientemente abierta como para comprender la heterogeneidad de las actividades que se realizaban en atención primaria, pero lo bastante estricta para excluir intervenciones sin una verdadera perspectiva comunitaria. Por eso incorpora desde intervenciones con participación directa y activa de la comunidad hasta intervenciones intersectoriales.

Las actividades comunitarias realizadas son muy heterogéneas. Por comunidades autónomas se percibe una variabilidad en temas, poblaciones diana y lugar donde se llevan a cabo, aunque mayoritariamente destacan las intervenciones de salud general o alimentación, dirigidas a población general o infancia y progenitores. Sobre todo se realizan en centros educativos y de salud, excepto en Catalunya, donde también se llevan a cabo en locales del barrio o en la calle. Llama la atención que no se detecten más actividades comunitarias centradas en problemas de salud prevalentes en atención primaria y que han demostrado efectividad, como el aumento de la actividad física²⁰, la educación diabetológica²¹, la reducción de los factores de riesgo cardiovascular²² o la prevención de las caídas en los ancianos²³.

Aunque no en todos los equipos de atención primaria se realizaban actividades comunitarias, las que se hicieron parecen estar bastante instauradas, puesto que la mayoría tenían más de 2 años de trayectoria, contaban con la participación de más de un profesional del equipo y tenían un abordaje multidisciplinar. Aun así, se detectan deficiencias en el reconocimiento que reciben, pues un 25% se realizaban siempre o casi siempre fuera del horario laboral. Este dato varía por comunidades autónomas, y en Illes Balears y Aragón estaba sobre el 40%, lo que indica un patrón de actividad marginal y voluntaria. Para que esta labor sea valorada es necesario incluir la actividad en los objetivos de los equipos, la cartera de servicios, el contrato programa, o herramientas de gestión similares, pero sobre todo presentar avances y resultados al propio equipo para que éste los reconozca como propios.

En más de la mitad de las actividades comunitarias identificadas participaban sectores diferentes al de la salud. Los apoyos y las alianzas para llevar a cabo actividades comunitarias son muy diversos y dependen de estrategias autonómicas e incluso locales, y también de ciertas particularidades de los territorios. Por ejemplo, Catalunya parece ser la comunidad autónoma donde más se potencia la colaboración intersectorial y donde se reciben más apoyos de la administración local. Catalunya tiene una larga tradición asociativa²⁴, lo que explica que más del 90% de las actividades comunitarias se realizaran con la colaboración de entidades cívicas, sobre todo asociaciones de vecinos. Además, hay una estrategia de actuación del Departament de Salut de la Generalitat que promueve el trabajo comunitario conjunto con la administración local y las entidades ciudadanas²⁵. En cambio, en Illes Balears no hay un gran tejido asociativo²⁶, lo que podría explicar la menor implicación de estas entidades.

El personal de enfermería se confirma como el agente clave en atención primaria para la realización de actividades comunitarias en todas las comunidades autónomas^{8,17}. El personal de trabajo social también parece tener un importante papel en algunas comunidades autónomas como Navarra y Catalunya, aunque en otras, como Illes Balears, su perfil comunitario es débil. Esta discrepancia se explica porque en algunas comunidades autónomas los profesionales del trabajo social, a pesar de tener formación pregrado en acción comunitaria, centran su trabajo en ofrecer atención más burocrática orientada al individuo o la familia. Redefinir o enfocar su perfil comunitario podría ser una estrategia efectiva para impulsar estas actividades, que parece haber funcionado en comunidades autónomas como Navarra⁸. Los profesionales de medicina participaban más en Aragón y Madrid, y apenas en Navarra. Estas diferentes estrategias de especialización de los roles comunitarios dentro de los equipos pueden tener que ver con distintas políticas en los ámbitos de área sanitaria o comunidad autónoma, o con el empuje de líneas de trabajo de promoción de las actividades comunitarias que algunos grupos locales de profesionales y sociedades científicas han realizado en los últimos años, como el PACAP en Madrid (profesionales de medicina) o el Instituto Navarro de Salud Pública en Navarra (trabajadoras sociales). La amplia variabilidad detectada en la definición del rol comunitario que cada profesional debe tener en el equipo de atención primaria llama clamorosamente a la necesidad de un debate que clarifique este aspecto. En nuestra opinión, no es imprescindible que todos los profesionales de atención primaria se dediquen a realizar actividades comunitarias, pero sí que todos los equipos cuenten con algún referente para impulsar estas acciones. Los equipos de atención primaria fueron creados bajo la idea de la interdisciplinariedad precisamente para poder abordar de manera integral los problemas de la comunidad, y si esto no se cumple, se pone en duda su propio funcionamiento.

La participación de la comunidad en las actividades comunitarias varía mucho entre las comunidades autónomas. Aunque los resultados indican que en más del 80% tenía una participación superior a la de público (pasiva), hay que considerar que éste era uno de los criterios de inclusión y que fue la principal causa de exclusión. En Aragón existía una estrategia autonómica de desarrollo de consejos de salud que colaboraban con un perfil consultivo de asesores-demandantes de actividades comunitarias, lo que explica el alto porcentaje que presenta en este grado de participación. En la mitad de las actividades comunitarias identificadas la comunidad participaba de manera activa, sobre todo en el diseño y el proceso. Aunque el 75% de las actividades comunitarias están evaluadas, sólo en una cuarta parte la comunidad estaba implicada en la evaluación. Éste es un aspecto a mejorar, porque es importante incorporar a los participantes en la identificación de los criterios de evaluación, así como recoger sus opiniones de mejora²⁷.

Entre comunidades autónomas hay también diversidad en el uso de perspectivas teórico-metodológicas en las actividades comunitarias. Navarra ha sido referente de una perspectiva de educación para la salud centrada en el trabajo grupal, utilizando el aprendizaje significativo y diversas metodologías pedagógicas. Los materiales que elabora se utilizan en atención primaria y salud pública en toda España, por lo que es lógico que el 100% de las actividades comunitarias realizadas en Navarra se apoyaran en este enfoque, así como muchas de otras comunidades autónomas. En el área 1 de Madrid hay un importante grupo de formadores de promoción de la salud que se han encargado de adaptar y difundir también este enfoque. En cambio, en Illes Balears sólo el 30% de las actividades comunitarias tuvo un enfoque teórico-metodológico explícito, lo que podría suponer un déficit de calidad. En los últimos años, la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca ha puesto en marcha una estrategia y un plan de formación de formadores en promoción y educación para la salud que puede contribuir a mejorar este aspecto²⁸.

La mayoría de las actividades comunitarias identificadas no están incluidas en redes. Éstas pueden ser espacios de motivación e intercambio de experiencias y conocimientos, pero hasta el momento parece que su alcance es insuficiente, aunque se ha destacado su utilidad en el ámbito local¹⁷. Potenciar la inclusión de las actividades comunitarias en estas redes, así como promocionar su uso, puede ser una buena estrategia para desarrollar este tipo de actividades en atención primaria.

Hay que indicar, como limitación del estudio, que algunas áreas sanitarias fueron seleccionadas intencionadamente en función de criterios de factibilidad y proximidad al equipo de investigación, lo que hace que el tipo de intervenciones que se realizan pueda estar sesgado hacia perspectivas concretas. Aun así, el alcance es bastante amplio, lo que permite subrayar la variabilidad de las actividades comunitarias, y se detecta cierto consenso en determinados aspectos, como el papel protagonista de las profesionales de enfermería en la realización de actividades comunitarias, que probablemente sean extrapolables a otras comunidades autónomas. No se conocen estudios en otros países que, como éste, traten de abordar “el qué y el cómo” de las actividades comunitarias que se están desarrollando desde atención primaria.

Conclusión

La importante heterogeneidad en el tipo de actividades comunitarias, y más aún en la forma de implantarlas, se explica por los desiguales grados de prioridad en las agendas de las políticas sanitarias autonómicas, por particularidades regionales histórico-sociales y por el trabajo concreto de grupos de profesionales. Estas disparidades suceden en un contexto de normativas estatales que otorgan a todos los equipos de atención primaria la responsabilidad de llevar a cabo actividades comunitarias de promoción de la salud. Tal responsabilidad, confrontada con una desigual implantación de las actividades comunitarias, supone una paradoja que debe ser debatida y abordada.

Aunque la mayoría de las actividades comunitarias identificadas parecen asentadas y cumplen algunos importantes criterios de calidad, como la realización de evaluaciones, se detectan deficiencias en su institucionalización y reconocimiento, pues dependen en parte del voluntarismo de los profesionales, así como en la forma en que la comunidad participa en ellas, relegada a menudo al papel de simple espectadora. Queda mucho trabajo por hacer en la implantación de la perspectiva comunitaria en atención primaria. Cualquier estrategia para promocionar las actividades comunitarias supone reconocer y valorar lo que ya se está realizando, incorporarlas al horario laboral, apoyarlas desde las instituciones, facilitar su coordinación con otras entidades y sectores, y clarificar el rol comunitario de los equipos de atención primaria y de los profesionales que lo componen.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La legislación española otorga a los equipos de atención primaria la responsabilidad de realizar actividades comunitarias de promoción de la salud, aunque ésta no se encuentra muy desarrollada. Hay poca información sobre las intervenciones comunitarias que se están llevando a cabo.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Existe variabilidad entre las comunidades autónomas en cuanto a los tipos y las formas de aplicación de actividades comunitarias de promoción de la salud, por diferencias en contextos o estrategias de implantación. Se indican aspectos para mejorar la

calidad de las intervenciones y se incluye una definición de actividad comunitaria para su uso en investigación en atención primaria.

Editora responsable del artículo

M.^a José López.

Contribuciones de autoría

S. March ha sido responsable de la coordinación del estudio, del análisis y de la redacción del manuscrito. Todos los investigadores del Proyecto frAC cumplen criterios de autoría, puesto que han contribuido al diseño del estudio o a la recogida de datos, han contribuido a la redacción o a la revisión crítica de este manuscrito, y han aprobado la versión final.

Financiación

El Proyecto frAC cuenta con el apoyo de diversas ayudas de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (PI07/90383; PI07/90925; PI07/90636). También ha recibido apoyo de la Red de Investigación en Actividades Preventivas de Atención Primaria (RedIAPP RD 06/0018/0036), así como del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS). Además, S. March contó con una ayuda a la estabilización de empleo en investigación del Instituto de Salud Carlos III y fue beneficiario de una beca para ampliación de estudios de la misma institución.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Xavier Moya por su aportación en el diseño de la imagen del Proyecto frAC.

Bibliografía

1. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
2. Gonzalez López-Varcarcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2006. Documento de trabajo 90/2006. (Consultado el 3/3/2014.) Disponible en: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d723874/DESIGUALDADES%20SNS.pdf>
3. Infante Campos A, Cavalcanti de Aguiar A. ¿Es necesaria una segunda reforma de la atención primaria en España? *Ciencia & Saude Colectiva*. 2013;18:17-23.
4. Córdoba JA, Prieto Uceda M, Escolar Pujolar A. Desigualdades sociales, económicas y políticas en la evolución de la salud percibida en España entre 1987 y 2007. En: Palomo L, editor. *Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)*. Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid: FADSP; 2011. p. 39-58.
5. Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad*. 2004;7:73-9.
6. Gervas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, et al. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: www.msc.es
7. Soler Torroja M. Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;36:355-7.
8. March S, Soler M, Miller F, et al. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias en España. *An Sist Sanit Navar* (en prensa).
9. Regato P, Domínguez J, Sancho M. Coordinación sanitaria y abordaje comunitario en atención primaria. En: Navarro V, Martín-Zurro A, coordinadores. *La atención primaria de salud en España y en sus comunidades autónomas*. Barcelona: Semfyc; 2009. p. 149-68.
10. March S, Ripoll J, Ruiz-Giménez JL, et al. Observational study on factors related to health-promoting community activity development in primary care (frAC Project): a study protocol. *BMJ Open*. 2012;2. pii: e001287. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001287.
11. March S, Ramos M, Soler M, et al. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43:289-96.
12. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Anzizu Irure E, et al., editores. *Manual de educación para la salud*. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2006. p. 188.

13. Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular; 1999. p. 211.
14. Villasante T, Montañes M, Martí J, coordinadores. *La investigación social participativa*. Madrid: El viejo topo; 2000. 175 p.
15. Pacap.net [sede web]. Granada: Semfyc-PACAP; 2014. (Consultado el 3/1/14.) Disponible en: www.pacap.net
16. López E, Forcada C, Miller F. 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.
17. Redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com.es/ [sede web]. Zaragoza: SARES-Gobierno de Aragón; 2013. (Consultado el 3/1/2014.) Disponible en: <http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com.es/>
18. Arnstein SR. Eight rungs on the ladder of citizen participation. En: Cahn SE, Passett BA, editores. *Citizen participation: effecting community change*. New York: Praeger Publications; 1971.
19. Guldan GS. Obstacles to community health promotion. *Soc Sci Med*. 1996;5:689–95.
20. Park Y, Song M, Cho B, et al. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2011;82:133–7.
21. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, et al. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18:943–9.
22. Farnkvist L, Weinehall L. Assessment of intervention intensity: experiences from a small-scale Swedish cardiovascular disease prevention programme. *Scand J Public Health*. 2006;34:279–86.
23. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;CD007146.
24. Casal J, García M, Merino R, et al. Enquesta als joves de Catalunya 2002. Barcelona: Secretaria General de Joventut; 2004. p. 124. Colección Estudis n° 13.
25. Agencia de Salud Pública. Salut als Barris [sede web]. Barcelona: Agencia de Salud Pública. (Consultado el 3/1/2014.) Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/salut-als-barris.aspx>
26. Direcció General de Salut Pública i Participació, Conselleria de Salut i Consum. Diagnòstic de salut de les Illes Balears. Palma: Conselleria de Salut i Consum; 2011. p. 324.
27. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
28. Lull M. Estrategia de formación en promoción y educación para la salud en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. *Comunidad*. 2012;14:80–1.