

Original

Análisis de las agendas comunitarias en atención primaria y factores asociados a su implantación



Marta Domínguez García^{a,b,c}, Marina Pola-García^{a,b}, Bárbara Oliván Blázquez^{b,c,d,*}, Isabel Lahoz Bernad^a, María Luz Lou Alcaine^{b,e} y Carmen Belén Benedé Azagra^{a,b,c}

^a Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

^b Grupo GIS011, Instituto Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España

^c Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_20R, Gobierno de Aragón, Zaragoza, España

^d Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^e Dirección General de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de mayo de 2022

Aceptado el 4 de septiembre de 2022

Palabras clave:

Servicios de salud comunitaria
Política de salud
Publicación gubernamental
Participación de la comunidad
Colaboración intersectorial

R E S U M E N

Objetivo: Describir las agendas comunitarias creadas por los equipos de atención primaria (EAP) aragoneses, analizar las características de dichos EAP y explorar factores relacionados con la puesta en marcha de las agendas.

Método: Estudio observacional descriptivo de las agendas comunitarias y los EAP aragoneses que las han creado desde la implantación de la Estrategia de Atención Comunitaria Aragón (EACA) en 2016 hasta marzo de 2021. Análisis bivariante y multivariante de las características de estos EAP que han creado una agenda con respecto a los que no la han desarrollado.

Resultados: De los 123 EAP aragoneses, 75 (61%) han creado la agenda comunitaria. El 74,7% de ellos tienen también activo el Consejo de Salud de zona. De las 75 agendas, 45 son de tipo avanzado, con 41 EAP que tenían realizado el diagnóstico de salud de zona y 28 EAP que realizaban recomendación de activos. Se observó que la creación de la agenda comunitaria está relacionada con ser un EAP perteneciente a una zona básica de salud semiurbana (*odds ratio* [OR]: 3,02; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,22-7,47; $p = 0,017$) y que al menos un profesional del EAP hubiera recibido formación específica (OR: 5,29; IC95%: 1,09-25,72; $p = 0,039$).

Conclusiones: La agenda comunitaria es una herramienta que apoya el desarrollo de la atención comunitaria de los EAP. La formación impartida desde la EACA se ha demostrado clave para el desarrollo de las agendas, debiendo continuar con este trabajo y haciendo especial énfasis en los EAP pertenecientes a zonas básicas de salud rurales o urbanas, pues son los que están teniendo mayores dificultades.

© 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/>).

Analysis of community agendas in primary care and factors associated with their implementation

A B S T R A C T

Keywords:

Community health services
Health policy
Government publication
Community participation
Intersectoral collaboration

Objective: To describe the community agendas created by the Aragonese Primary Care Teams (PCT), to analyze the characteristics of said PCT, and to explore factors related to their implementation.

Method: Descriptive observational study of the community agendas and the Aragonese PCT that have created them since the implementation of the Aragonese Community Care Strategy (ACCS) in 2016 until March 2021. Bivariate and multivariate analysis of the characteristics of these PCT that have created the agenda with respect to those who have not developed it.

Results: 75 of the 123 Aragonese PCT (61%) have created the community agenda. 74.7% of them also have an active Health Council. 45 of the 75 agendas are of the advanced type, with 41 PCT that had carried out the zone health diagnosis and 28 PCT that made asset recommendations. It was observed how the creation of the community agenda is related to being a PCT belonging to a semi-urban basic health zone (*odds ratio* [OR]: 3.02; 95% confidence interval [95% CI]: 1.22–7.47; $p = 0.017$) and that at least one professional would have received specific training (OR: 5.29; 95% CI: 1.09–25.72; $p = 0.039$).

Conclusions: The community agenda is a tool that supports the development of community care for PCT. The training provided by the ACCS has been shown to be key to the development of the agendas, and this work must continue, with special emphasis on the PCT belonging to rural or urban basic health zones, since they are the ones that are experiencing the greatest difficulties.

© 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/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: barbaraolivan@gmail.com (B. Oliván Blázquez).

Introducción

Se entiende la atención comunitaria como aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una población definida y busca resultados en salud, requiriendo como elemento clave la participación comunitaria y la intervención con perspectiva de equidad. Para ello es necesario identificar de forma participada las necesidades y los problemas de salud, los recursos que tenemos para aumentar el bienestar, y plantear acciones conjuntas desde un liderazgo compartido, donde la comunidad esté en el centro. La forma de concretar la atención comunitaria en un centro de salud son las actividades comunitarias, en las que participa el equipo de atención primaria (EAP), sean o no iniciadas por este¹⁻³. La atención comunitaria constituye un servicio en la cartera de salud básica del Sistema Nacional de Salud desde 1996, presente en Aragón desde 2007⁴. Forma parte intrínseca de la atención primaria, pero a pesar de la evidencia científica existente presenta una importante variabilidad en su desarrollo, con dificultades de tipo conceptual y metodológico⁵⁻⁷.

Esta variabilidad quedó patente en una investigación realizada en el año 2015, *Actividades comunitarias desarrolladas en atención primaria de salud por los equipos de atención primaria de salud de Aragón*⁸, que confirmó la existencia de una heterogeneidad de las actividades comunitarias en Aragón en forma, tipo, temática o implementación, contando en muchas ocasiones con un grado importante de voluntarismo, poco apoyo institucional, escaso reconocimiento y registro, y siendo necesaria la mejora en la elaboración de proyectos, el uso de metodología y la evaluación. Estas conclusiones, así como el *Atlas comunitario* que ofreció el proyecto, constituyeron el diagnóstico situacional para el desarrollo de la *Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón para Atención Primaria* (EACA)⁹. Esta estrategia, iniciada en 2016, es una iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover y mejorar la salud y el bienestar de las personas en Aragón. Tiene tres vías de acción para los EAP: 1) creación de la agenda comunitaria como herramienta de mejora de la orientación comunitaria del equipo, 2) desarrollo y evaluación de proyectos comunitarios ligados al acuerdo de gestión clínica, y 3) enfoque comunitario basado en activos a través de la dinamización de activos para la salud y de la recomendación comunitaria.

La agenda comunitaria, primera vía de acción, es una herramienta innovadora para establecer el servicio de atención comunitaria de cada EAP de acuerdo con la trayectoria y las características de la zona básica de salud (ZBS), y mejorar la orientación comunitaria. Para iniciar el proceso es preciso crear un grupo de atención comunitaria en cada EAP, identificando un profesional referente. Tras ello, la agenda propone crear un documento cuyo desarrollo supone un proceso de reflexión del equipo sobre las actuaciones grupales e intersectoriales que se realizan en la ZBS, los recursos con que cuentan, las alianzas que establecen o cómo se distribuyen los determinantes para la salud en la ZBS. La agenda comunitaria es un documento del equipo, basado en las recomendaciones del *Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria* (PACAP)¹⁰ y en los marcos teóricos de la atención y la salud comunitaria^{11,12}. Consta de tres secciones: 1) identificación del EAP; 2) contenido básico, que recoge las actividades y proyectos del servicio de atención comunitaria del EAP, proyectos de promoción de la salud de las entidades del entorno, las relaciones y alianzas del centro de salud con la comunidad, entidades e instituciones, y la organización interna del EAP para el desarrollo del servicio de atención comunitaria (referente, responsables de las actividades, núcleo promotor, comunicación con el Consejo de Salud); y 3) contenido avanzado, que recoge el análisis del contexto de la ZBS, la elaboración del mapa de activos y la recomendación de activos.

Desde la implantación de la EACA, gran parte de los EAP aragoneses han creado su agenda comunitaria en el proceso de reflexión

Tabla 1

Variables recogidas en el estudio

Equipos de Atención Primaria de Aragón/Zona Básica de Salud
Sector al que corresponde
Rural, semiurbano o urbano
Promedio de TIS por médico de familia del EAP
Tasa de feminidad de la ZBS
Edad media de la ZBS
Índice de privación de la ZBS
Formación específica acerca de la agenda comunitaria
Consejo de Salud de Zona activo
Proyectos ligados al Acuerdo de Gestión Clínica
Agenda comunitaria BÁSICA
Grupo de atención comunitaria formado
Referente del grupo conocido
Agenda comunitaria AVANZADA
Diagnóstico de salud de zona
Recomendación de activos (formal o informal)

EAP: equipo de atención primaria; TIS: tarjeta sanitaria individual; ZBS: zona básica de salud.

comentado. Al ser una herramienta de reciente creación e innovadora, y tras una revisión bibliográfica y la experiencia en la EACA, es necesario analizarla, conocer las características de los EAP que la han creado y explorar posibles factores relacionados con su puesta en marcha.

Método

Se planteó un estudio observacional descriptivo transversal para analizar las características de los EAP que han desarrollado la agenda comunitaria desde la implantación de la EACA en 2016 hasta marzo de 2021. La recogida de la información se realizó en mayo y junio de 2021. Además, se analizaron los contenidos de dichas agendas.

Aragón, comunidad autónoma objeto de estudio, tiene una superficie de 47.719 km² y una densidad de población de 27,85 habitantes/km², por lo que es la cuarta comunidad autónoma española con menor densidad de población. La capital, Zaragoza, tiene la mitad de la población y solo hay 13 municipios que superan los 10.000 habitantes. Los núcleos rurales (menos de 2000 habitantes) representan el 86% de los municipios, donde solo vive el 16,8% de la población, que además está sobre-envejecida. La comunidad autónoma está distribuida en ocho sectores sanitarios, cada uno con un equipo directivo de atención primaria y un hospital de referencia, y se divide en 123 ZBS que están encabezadas por un centro de salud al que se asocian, en las zonas de salud rurales, consultorios locales ubicados en cada núcleo de población, con un total de 118 centros de salud y 866 consultorios.

Variables

Las variables analizadas están recogidas en la [tabla 1](#). Se obtuvo el número de usuarios según ZBS del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)¹³, que para el análisis se agruparon en las categorías de ZBS rural (<2000 usuarios), semiurbana (2000-10000) y urbana (>10.000). También del IAEST se recogieron la tasa de feminidad de cada ZBS y la edad media de las personas usuarias, que se agrupó en tres categorías: < 40 años, entre 40 y 50 años, y > 50 años.

El índice de privación (IP) de Aragón está elaborado para objetivar las desigualdades en salud entre las diferentes ZBS a partir de datos del Censo de Población y Viviendas del año 2011, aglutinando información sobre porcentaje de desempleo, asalariados eventuales, personas con instrucción insuficiente y extranjeros por ZBS. Se distribuye desde 3,04 (el peor IP) hasta -2,33 (el mejor)¹⁴. Para su análisis, esta variable cuantitativa se agrupó en cinco categorías, las mismas que las indicadas en el *Atlas de Aragón*, recodificando y creando una variable cualitativa con los valores de IP agrupado:

Tabla 2

Características de las zonas básicas de salud de los equipos de atención primaria que han desarrollado agenda comunitaria con respecto a los que no la han creado

	Tienen agenda comunitaria			P
	Sí 75 (61%)	No48 (39%)	Total 123 (100%)	
<i>Tipo de ZBS</i>				
Rural	12 (50%)	12 (50%)	24 (100%)	0,042 ^a
Semiurbana	32 (76,2%)	10 (23,8%)	42 (100%)	
Urbana	31 (54,4%)	26 (45,6%)	57 (100%)	
<i>Promedio de TIS por médico de familia</i>				
<500	21 (63,6%)	12 (36,4%)	33 (100%)	0,658
500-1000	21 (67,7%)	10 (32,3%)	31 (100%)	
1000-1500	20 (58,8%)	14 (41,2%)	34 (100%)	
>1500	13 (52%)	12 (48%)	25 (100%)	
<i>Tasa de feminidad</i>				
<100	49 (62,8%)	29 (37,2%)	78 (100%)	0,581
>100	26 (57,8%)	19 (42,2%)	45 (100%)	
<i>Edad media (años)</i>				
<40	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)	0,394
40-50	51 (57,3%)	38 (42,7%)	89 (100%)	
>50	21 (70%)	9 (30%)	30 (100%)	
<i>Índice de privación</i>				
Muy bajo	17 (68%)	8 (32%)	25 (100%)	0,153
Bajo	11 (45,8%)	13 (54,2%)	24 (100%)	
Medio	13 (50%)	13 (50%)	26 (100%)	
Alto	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23 (100%)	
Muy alto	19 (76%)	6 (24%)	25 (100%)	
<i>Consejo de salud</i>				
Sí	56 (60,9%)	36 (39,1%)	92 (100%)	0,967
No	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31 (100%)	
<i>Formación específica</i>				
Sí	13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 (100%)	0,029 ^a
No	62 (57,4%)	46 (42,6%)	108 (100%)	

TIS: tarjeta sanitaria individual; ZBS: zona básica de salud.

^a Resultados estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Análisis con prueba de ji al cuadrado. Los resultados entre paréntesis corresponden a los porcentajes por filas.

muy bajo (-2,33 a -0,82), bajo (-0,92 a 0,26), medio (-0,26 a 0,17), alto (0,17 a 0,63) y muy alto (0,63 a 3,04).

De todos los EAP aragoneses, se estudiaron los que habían creado la agenda comunitaria, analizando cada sección. Esta información fue proporcionada por los responsables de la EACA y es de libre acceso en la web de la *Estrategia*¹⁵. La agenda comunitaria divide los contenidos en nivel básico y avanzado. Aquellas que presentan contenidos avanzados, tienen los básicos. Dentro del contenido avanzado se analizó la realización de un diagnóstico de salud de la ZBS, la recomendación de activos y si esta es formal o informal. Para la implantación de la *Estrategia*, se llevó a cabo formación a los profesionales de los EAP, con cursos específicos sobre la agenda comunitaria, variable que también se analizó.

Se evaluó en todos los EAP si tenían Consejo de Salud de Zona (CSZ) constituido y activo¹⁶, y si habían presentado proyectos de atención comunitaria ligados al Acuerdo de Gestión Clínica (AGC) en el periodo 2017-2020. Los proyectos de atención comunitaria ligados al AGC forman parte del *Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud*¹⁷.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo univariante de las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariante se utilizó la prueba de ji al cuadrado para dos variables cualitativas, cumpliendo todas ellas las condiciones de aplicación. En todos los casos se consideró que los resultados alcanzaban significación estadística con $p < 0,05$. Además, la fuerza de asociación se midió mediante el coeficiente Q de Yule para las tablas 2x2, y mediante el coeficiente de contingencia para el resto de las tablas.

En el análisis multivariante se realizó regresión logística, comparando los EAP que han creado la agenda comunitaria con los que no la han creado. Se calcularon la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%), aceptando un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS versión 22.0.

Cuestiones éticas

Este estudio se realizó dentro del proyecto de investigación de la EACA (EVALRA), contando con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón. Los EAP que crearon la agenda comunitaria la enviaron al grupo coordinador de la EACA, que lo hace público en la web¹⁵.

Resultados

La distribución de los EAP que han desarrollado la agenda comunitaria es heterogénea a lo largo del territorio aragonés. El 60,98% de ellos la han creado (75 de 123). Las características de los EAP que la han creado están descritas en la primera columna de la *tabla 2*. El 16% de los 75 EAP con agenda pertenecen a una ZBS rural, el 42,7% a una ZBS semiurbana y el 41,3% a una ZBS urbana. En la tabla se detallan también los resultados del análisis bivariante analizando los EAP que han desarrollado la agenda comunitaria con respecto a los que no la han creado. De los EAP que trabajan en ZBS rurales, el 50% tienen creada la agenda, siendo el 76,2% de los equipos de zonas semiurbanas y el 54,4% de zonas urbanas. Estas diferencias también son estadísticamente significativas ($p < 0,05$), con una fuerza de asociación débil (coeficiente de contingencia de 0,221;

Tabla 3

Características de las 75 agendas comunitarias creadas estratificadas por tipo de zona básica de salud

	ZBS rural	ZBS semiurbana	ZBS urbana	Total
Agenda básica	6	13	11	30
Agenda avanzada	6	19	20	45
Diagnóstico de salud	5	18	18	41
Recomendación de activos	3	7	18	28

ZBS: zona básica de salud.

Tabla 4

Características relacionadas con la creación de la agenda comunitaria. Análisis logístico multivariante

	OR	IC95%
<i>Sí tienen agenda comunitaria^a</i>		
ZBS rural	1,072	0,402-2,857
ZBS semiurbana	3,023	1,222-7,474
ZBS urbana	Ref.	Ref.
Formación sí	5,286	1,087-25,716
Formación no	Ref.	Ref.

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*; ZBS: zona básica de salud.

^a La categoría de referencia es «No».

$p < 0,05$). La tasa de feminidad de los usuarios de las ZBS no tiene relación estadística con respecto a haber creado la agenda o no, y tampoco la tienen el índice de privación, el promedio de tarjetas sanitarias individuales (TIS) por médico ni la edad media de los usuarios. Sí tiene relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) que haya algún miembro del EAP que realice la formación específica sobre la agenda comunitaria, creándola el 86,7% de los que habían tenido formación frente al 57,4% de los que no la tuvieron, con una fuerza de asociación positiva y moderada (Q de Yule: 0,66).

De los ocho sectores sanitarios aragoneses, en dos el 100% de los EAP desarrollaron la agenda, en otro sector un 78%, en otros tres la crearon en torno al 55% y en los dos restantes solo el 30% de los EAP.

De los 75 EAP que tienen creada la agenda, 56 tienen también activo el CSZ. Todos han desarrollado proyectos ligados al ACG entre los años 2017 y 2020, y todos excepto uno han formado el grupo de atención comunitaria, teniendo asignado un profesional del EAP como referente el 68% de estos.

En la **tabla 3** se muestra que 45 de las agendas creadas son de tipo avanzado (60%), con el 30 restante únicamente básicas. De las 45 avanzadas, 41 tienen diagnóstico de salud de zona realizado. Con respecto a la recomendación de activos, de estos 45 EAP con agendas avanzadas el 37,3% indican su realización, siendo una recomendación formal en el 58,3% e informal en el 41,7% restante. Analizando los EAP que tienen hecho el diagnóstico de salud de zona, 25 realizan recomendación de activos, lo que implica que tres EAP que recomiendan activos no tienen hecho el diagnóstico de salud.

En el análisis multivariante, reflejado en la **tabla 4**, se observó que la creación de la agenda comunitaria está relacionada con la pertenencia a una ZBS semiurbana (OR: 3,02; IC95%: 1,22-7,47; $p = 0,017$) y haber tenido formación específica sobre la agenda comunitaria (OR: 5,29; IC95%: 1,09-25,72; $p = 0,039$).

Discusión

En el informe final que realizó el PACAP en 2008 analizando la situación de las actividades comunitarias en atención primaria en España¹⁸ se observó que la participación de los EAP en actividades comunitarias en salud en las comunidades autónomas era heterogénea, y en Aragón muy baja (<20%). Este dato en 2015 se demostró incompleto, elevándose al 60% el número de EAP que realizaban actividades comunitarias que cumplían con la definición científica

aportada en la literatura, aunque tenían gran variabilidad y alto grado de voluntarismo, y no estaban ligadas al ACG⁸. Este fue el punto de partida de la EACA, creando una estrategia con una ruta concreta. Los EAP que han desarrollado la agenda comunitaria no son los mismos que en 2015 realizaban actividades comunitarias, lo que muestra un buen alcance de la *Estrategia*. La distribución de los EAP que han creado la agenda en la comunidad autónoma es heterogénea, dato esperable dadas las características geográficas y sociodemográficas del territorio aragonés, así como los diferentes puntos de partida y realidades de cada EAP. Se observa heterogeneidad también en la distribución de los EAP con agenda por sectores. Cada sector está encabezado por una Dirección de Atención Primaria, cuya diferencia en el grado de implicación y apoyo al desarrollo de la atención comunitaria por los EAP a su cargo podría influir para que en algunos sectores el 100% de los EAP hayan creado la agenda, y en otros solo un 30%. La realización de entrevistas individuales o grupos focales con profesionales que han participado en la creación de las agendas podría ayudar a esclarecer los motivos de estas diferencias entre sectores. La agenda comunitaria quiere reforzar la importancia del apoyo institucional, y por eso es un documento público¹⁵, lo que a su vez aporta al EAP visibilidad, reconocimiento y motivación para continuar con la línea de trabajo^{19,20}.

El CSZ es el órgano de participación de la población de la ZBS, cercano a los ciudadanos y clave para el desarrollo de la atención comunitaria por su carácter intersectorial. El 74,7% de los EAP con agenda tienen CSZ activo, lo que refuerza la idea de la conexión entre ambos recursos. La creación de un «grupo de comunitaria» puede ser una oportunidad para la creación o la dinamización de los CSZ, que deberían ser conocedores del proceso de la agenda, pudiendo participar en aspectos avanzados de esta. Sin embargo, en el análisis bivariante no se ha observado relación entre tener la agenda creada y el CSZ activo. Esto podría deberse a que los CSZ tienen un recorrido propio, anterior a la EACA, con un funcionamiento como órgano de participación de la ZBS establecido²¹.

Los EAP con agenda creada se distribuyen entre las ZBS de todos los rangos de IP, sin asociación estadística con pertenecer a una ZBS con mayor o menor IP. Esto es relevante dada la importancia de llegar con las actividades comunitarias a toda la población, sin dejar de lado a los más vulnerables, como en otras ocasiones^{6,8}.

El objetivo inicial de la implantación de la EACA era visibilizar, reflexionar y crear grupos de atención comunitaria, teniendo incluido como indicador en el ACG la realización de la agenda básica. Sin embargo, el 60% de las agendas creadas son de tipo avanzado. Más del 90% han realizado el diagnóstico de salud, lo que implica conocer el territorio, los recursos y los factores sanitarios y no sanitarios que la población considera que son determinantes para su salud. Al estar reflejado en la agenda comunitaria y ser pública, la comunidad puede acceder al diagnóstico, conocerlo y completarlo, promoviendo la participación comunitaria y la cooperación multisectorial.

Centrándonos en las características de los EAP con agenda creada, podríamos definirlos como equipos pertenecientes a una ZBS semiurbana, en los que algún/alguna profesional ha recibido formación específica sobre la agenda dentro del programa formativo de la EACA. En Aragón, las ZBS rurales representan el 92% de los municipios, de los cuales el 42% (285 municipios) tienen menos de 100 personas usuarias del Sistema Aragonés de Salud. Estos municipios son territorios que requieren desplazamientos entre los núcleos, tanto del personal sanitario como de otros/otras profesionales de promoción de la salud, como técnicos/as deportivos/as. Las plazas de esos EAP son de difícil cobertura, con gran rotación de profesionales sanitarios. Esta dispersión y falta de continuidad de los/las profesionales puede dificultar el desarrollo de actividades en esos municipios, además de la dificultad de acceso por parte de las personas usuarias debido a los desplazamientos necesarios. En el lado opuesto, las ZBS urbanas con más de 10.000 personas usuarias

son zonas con gran presión asistencial y gran carga burocrática, lo que también puede dificultar el desarrollo de otro tipo de actividades. Sin embargo, las ZBS semiurbanas disponen de diversidad de servicios comunitarios y mejor organización, lo que podría explicar el hecho de que sean los EAP de estas los que hayan creado en mayor medida las agendas comunitarias en un proceso de reflexión compartido.

Aragón tenía una deficiente formación en salud comunitaria^{8,18}. La EACA ha supuesto un importante avance al crear un plan formativo con fuerte apoyo institucional y presupuestario. Se ha desarrollado una formación adaptada a las necesidades, participativa, con itinerarios para los/las profesionales en actividades comunitarias, educación para la salud, activos, promoción de salud, participación y salud comunitaria. El plan ha contado con cursos específicos sobre agenda comunitaria, los cuales han demostrado su efectividad. Los EAP con profesionales que se han formado en la agenda, además de conocer mejor las características de esta y su desarrollo, tienen reforzada la importancia de la intersectorialidad y el trabajo colaborativo con entidades e instituciones de la ZBS, quedando plasmado en la hoja de ruta para el desarrollo de la atención comunitaria que es la agenda comunitaria.

Este análisis es una primera aproximación descriptiva a las agendas comunitarias desde un punto de vista cuantitativo y en un periodo concreto. La agenda es una herramienta que deja espacio a los EAP a la narrativa, a explicar sus procesos abiertamente, por lo que un análisis cualitativo ayudaría a completar su evaluación. Este estudio, a pesar de la limitación por la ausencia de análisis cualitativo, permite analizar cuestiones que sirven para la mejora y la transferencia de la EACA, y tiene una aplicabilidad directa para la toma de decisiones de acciones públicas.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Datos disponibles a petición, poniéndose en contacto con la autora de correspondencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La atención comunitaria ha demostrado ser esencial para el abordaje integral de los pacientes en atención primaria. A pesar de las evidencias existentes, su desarrollo sigue presentando una importante variabilidad, con dificultades de tipo conceptual y metodológico.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La agenda comunitaria guía a los equipos de atención primaria para establecer el servicio de atención comunitaria. Con el estudio hemos conocido los factores que ayudan o dificultan su desarrollo.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Conocer estos factores permite poder orientar las líneas futuras de trabajo con especial énfasis en los equipos con mayores dificultades, mejorando así la atención comunitaria en atención primaria y por tanto la salud de la comunidad.

Editor responsable del artículo

Mariano Hernán-García.

Declaración de transparencia

La autora 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

M. Domínguez, C.B. Benedé y B. Oliván concibieron y diseñaron el estudio. La recogida de datos la realizaron I. Lahoz, M. Pola y M.L. Lou. Realizaron el análisis M. Domínguez y B. Oliván. Todas las autoras realizaron la interpretación de los datos. M. Domínguez, C.B. Benedé, M. Pola y B. Oliván realizaron la escritura del artículo y su revisión crítica. Todas las autoras han revisado la totalidad del texto y han aprobado la versión final para su publicación.

Agradecimientos

Al Grupo Coordinador y Grupo Técnico de la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón para Atención Primaria, por su dedicación al desarrollo de la misma. Gracias también a todas las personas que en los territorios trabajan por desarrollar la atención comunitaria.

También queremos agradecer su apoyo al Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_20R del Gobierno Aragón, y al Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) «Una manera de hacer Europa».

Financiación

Este estudio se ha realizado en el marco del proyecto FIS PI20/00264 «EvaLRA: Desarrollo de modelo de indicadores de evaluación en esquemas formales de Recomendación de Activos para la Salud en Atención Primaria», financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Benedé Azagra CB, Aguiló Pastrana E, Soler Torroja M. Atención y orientación comunitarias. AMF. 2021;17:244-9.
- Sastre Paz M, Benedé Azagra CB, coordinadoras. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. Madrid: semFYC; 2018. Disponible en: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria>.
- Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32 (Supl 1):5-12.
- Departamento Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. 2007. p. 35747-64.
- 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.
- March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. Prev Med. 2015;76:S94-104.
- Ruiz-Giménez JL, Domínguez J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38:421-4.
- Benedé Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015.
- Benedé Azagra CB, Gallego Diéguez J, Lou Alcaine ML, et al. Estrategia de atención comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón; atención primaria. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. 2020.
- Astray L, Aguiló E, Bellver A, et al. I Recomendaciones PACAP: ¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria

- desde un centro de salud? Madrid: semFYC; 2012. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>.
11. Cardo A, López S. Guías de acción comunitaria en salud actualizadas. *AMF*. 2021;17:277-84.
 12. Daufí C, Poblet C, Núñez C. Reorientación comunitaria del centro de salud. *AMF*. 2021;17:263-9.
 13. Instituto Aragonés de Estadística (IAEST), Gobierno de Aragón. Estadísticas de Salud. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: <https://www.aragon.es/-/salud-1>.
 14. Instituto Geográfico de Aragón, Gobierno de Aragón. Atlas de salud. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: <https://idearagon.aragon.es/atlas/indexSalud.jsp>.
 15. Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Web Blog Estrategia Atención Comunitaria Aragón. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/>.
 16. Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Consejos de Salud de Zona constituidos. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/participacion/participacion-en-salud/consejos-de-salud-de-zona/consejos-constituidos>.
 17. Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en salud. (Consultado el 22/3/2022.) Disponible en: <https://www.aragon.es/-/programa-de-apoyo-a-las-iniciativas-de-mejora-de-la-calidad-en-salud>.
 18. Soler M, March S, Ramos M, et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final resultados AC-PACAP-semFYC. Madrid: PACAP-semFYC; 2008.
 19. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, et al. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32 (Supl 1):22-5.
 20. March S, Ripoll J, Jordan Martín M, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open*. 2017;7:e015934.
 21. Pola García M, Domínguez García M, Escartín Lasierra P, et al. Aproximación a la respuesta comunitaria a la pandemia por COVID-19 de los equipos de atención primaria de salud aragoneses. *Comunidad*. 2020;22:3.