

Diagnóstico de la recomendación de activos en Aragón desde la perspectiva de profesionales de la sanidad: estudio cualitativo

Marta Domínguez García^{a-c}, Isabel Lahoz Bernad^a, Marina Pola-García^{a,b}, Elena Melús Palazón^{a-d}, Bárbara Oliván Blázquez^{b-d} y Carmen Belén Benedé Azagra^{a-c}

^a Servicio Aragonés de Salud. Grupo GIIIS11. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_20R. Gobierno Aragón. Zaragoza (España). ORCID 0000-0001-8942-814X

^b Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza (España)

^c Servicio Aragonés de Salud. Grupo GIIIS11. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza (España). ORCID 0000-0001-5046-2738

^d Servicio Aragonés de Salud. Grupo GIIIS11. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_20R. Gobierno Aragón. Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España).

^e Grupo GIIIS11. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_20R. Gobierno Aragón. Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España). ORCID 0000-0001-6565-9699

^f Servicio Aragonés de Salud. Grupo GIIIS11. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_20R. Gobierno Aragón. Zaragoza (España). ORCID 0000-0002-4462-7521

CORRESPONDENCIA:

Marta Domínguez García. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Aragón.

Andador Aragüés del Puerto, n.º 3. 50015, Zaragoza (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

mardoga5@gmail.com

Recibido el 20 de febrero de 2024.
Aceptado para su publicación el 31 de mayo de 2024



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Objetivo: realizar un diagnóstico de la recomendación de activos (RA) en Aragón desde una narrativa profesional, identificando beneficios y barreras en su implementación en los equipos de Atención Primaria (AP).

Métodos: estudio con metodología cualitativa a partir de entrevistas semiestructuradas a profesionales de AP implicados en la RA. Se hizo un muestreo intencional, escogiendo a nueve profesionales con experiencia en RA formal, representativos en cuanto a distintas categorías profesionales, sectores sanitarios y lugar de trabajo (rural o urbano). El análisis se llevó a cabo de forma iterativa utilizando el software MaxQDA, se codificaron las categorías emergentes y se hizo triangulación de datos.

Resultados: surgieron temas relacionados con siete categorías: impacto en el trabajo diario, uso de recursos disponibles, extensión del programa, beneficios y efectos negativos de la RA, barreras en la implementación y sugerencias de mejora. Plantearon como condición esencial conocer la red comunitaria antes de desarrollar cualquier programa de RA para poder hacerlo de manera efectiva. Para ello, valoran positivamente las herramientas proporcionadas por la Estrategia de Atención Comunitaria, aunque precisan de algunas mejoras para facilitar su uso y disminuir el impacto en carga de trabajo. Se demostró la necesidad de mejora en la coordinación con trabajo social, así como la unificación de protocolos que ya utilizan estos profesionales.

Conclusiones: la RA es beneficiosa para profesionales y pacientes siempre que se haga de manera estructurada con un trabajo previo con la comunidad. La creación de herramientas de ayuda y formación, como ha proporcionado la Estrategia, se consideran clave.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, promoción de la salud, servicios de salud comunitaria, recursos comunitarios.

DIAGNOSIS OF SOCIAL PRESCRIBING IN ARAGON FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS: QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT

Aim. To evaluate the effects of an educational intervention on the activation and empowerment of patients to take part in strengthening their safety during healthcare.

Method. Qualitative study using semi-structured personal interviews with 12 of the 17 patients who received the educational intervention when the traumatology department put them on the waiting list for scheduled surgery. Follow-up of the patients and interview at the end of the care process. Recording and transcription of the content of the interviews. Qualitative analysis of the transcriptions, interviewer's notes and patients' notebooks.

Results. The degree of activation at the onset of the process varies according to educational level and the prior experiences of each patient. Other factors, such as the professionals' attitude and response to the patient taking part, the care setting and the circumstances in which the clinical encounter takes place, modulate the patient's participation in their safety. The patient's ability to act as a safety barrier is not innate: it can be learned, naturally, based on experience, or it can be acquired by means of educational activities. All patients improved their level of activation and empowerment, regardless of their starting point.

Conclusions. Patients can act as a barrier and are very keen to do so. Information and training are essential as an initial step towards their activation. Empowerment is not attained in all cases and once attained, does not remain stable. Being familiar with and considering the factors that modulate the patient's capacity to take part will enable us to be more effective and efficient in developing future educational interventions.

Keywords: Education; Patient involvement; Patient safety; Qualitative research; Semi-structured interviews.

INTRODUCCIÓN

El proceso salud-enfermedad no puede entenderse sin considerar el contexto sociocultural y la intersectorialidad. Es conocido que hacer una atención desde los centros de Atención Primaria (AP) con una orientación comunitaria proporciona a las y los pacientes una experiencia más positiva, mejora los resultados y permite brindar un servicio más rentable¹. Uno de los retos de la AP es reducir la medicalización de situaciones de la vida cotidiana, fomentando la autonomía y luchando por la sostenibilidad del sistema. Actuar centrándose en la búsqueda de soluciones positivas, que ayuden a afrontar el proceso salud-enfermedad². La recomendación de activos (RA) es una herramienta de AP que permite derivar a las y los pacientes a recursos locales no clínicos para mejorar su bienestar³⁻⁵. Se basa en la necesidad de conectar a las personas con su comunidad orientándolas hacia lo que son capaces de hacer, en contraposición a la idea de centrar los cuidados desde una perspectiva individualista y poco contextualizada⁶.

En España se publicó en 2019 el Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad⁷, uno de cuyos objetivos es reforzar la coordinación entre AP, salud pública y otros sectores para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención. Se está trabajando cada vez más siguiendo este camino para conseguir una mejor atención de la población, como está ocurriendo en otros países vecinos. Sin embargo, una revisión sistemática hecha recientemente⁸ sigue destacando la necesidad urgente de desarrollar y establecer pautas para evaluar el impacto de la prescripción social a nivel comunitario, porque es precisamente a nivel comunitario donde se necesitan más las innovaciones preventivas y de salud pública. En este camino de realizar una atención con orientación comunitaria ordenada, estructurada, y poder así evaluar de manera correcta el impacto en la población, se inició en Aragón en 2016 el desarrollo de la Estrategia de Atención Comunitaria en AP (EACA)⁹. Asimismo, en 2018, se elaboró la Guía de recomendación de activos para la salud en AP¹⁰, en la se describen las etapas para la articulación de un proceso estructurado de recomendación, el protocolo vinculado a la historia clínica electrónica para la implementación del proceso, y se muestran herramientas como el Buscador de Activos¹¹.

La EACA es una iniciativa del Departamento de Sanidad aragonés orientada a promover la salud y el bienestar de las personas en esta comunidad autónoma y desarrollar el servicio de atención comunitaria. Tiene tres vías de acción: a) creación de la Agenda Comunitaria como herramienta de mejora de la orientación comunitaria, b) desarrollo de proyectos comunitarios, y c) enfoque comunitario basado en activos a través de la dinamización y recomendación de activos. La EACA forma parte del Plan de Salud de Aragón 2030¹² y está alineada con el Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad⁷.

La Agenda Comunitaria es una herramienta innovadora para establecer el servicio de atención comunitaria de cada equipo de Atención Primaria (EAP) de acuerdo con la trayectoria previa y las características de la zona básica de salud (ZBS). Es un documento basado en los marcos teóricos de la atención comunitaria¹³⁻¹⁵. Sirve de guía para la adecuada orientación comunitaria del equipo, desde la creación del grupo de atención comunitaria, pasando por el diag-

nóstico de salud de zona y finalizando con la RA. En el análisis de las Agendas Comunitarias¹⁶ se muestra cómo el 82,14% de los EAP afirmaban que hacía RA de manera formal a través del protocolo, mientras que el 17,85% restante lo hacía de manera informal. El análisis del protocolo de RA formal¹⁷ nos muestra asimismo que la implementación a través de la EACA está funcionando, pero pone de manifiesto la necesidad de revisar algunos aspectos y de conocer la opinión de los profesionales sanitarios. Por ello el objetivo del actual estudio es hacer el diagnóstico de la RA desde una narrativa profesional; identificar beneficios y barreras en la implementación para poder mejorarla y hacerla de mayor utilidad en la práctica diaria de las y los profesionales sanitarios de AP.

MÉTODOS

Estudio cualitativo descriptivo a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de EAP de la región implicados con la RA. Se analizó la opinión de profesionales de AP que cumplían los siguientes criterios de inclusión: pertenecer a un EAP con Agenda Comunitaria avanzada creada desde 2017 hasta 2020, y que hubiera hecho RA formal a través del protocolo vinculado a la historia de salud digital. Las entrevistas se llevaron a cabo durante el año 2021. Se hizo un muestreo intencional, buscando que estuviesen representados distintos perfiles de profesionales. Para la selección de informantes clave, se revisaron por tanto dos fuentes de información: las Agendas Comunitarias avanzadas en las que se afirmaba que se realizaba RA y el listado de profesionales que con más frecuencia hacen RA formal a través de la historia de salud digital. Se obtuvo una lista de 26 profesionales que hacían RA formal y cuyos centros de salud disponían de Agenda y habían participado en ella. A partir de aquí, se hizo una segunda selección teniendo en cuenta: la categoría profesional, el sector sanitario de trabajo y si se hace la asistencia en un EAP rural o urbano. Fueron revisados por integrantes del grupo técnico de la EACA, que hicieron una selección de nueve profesionales, obteniendo una muestra representativa en cuanto a las características mencionadas, como se muestra en la **tabla 1**. Se contactó con las y los informantes clave por correo electrónico, enviéndoles carta formal de invitación; todos aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (PI20/606).

Las entrevistas semiestructuradas se hicieron de forma telemática (6), telefónica (2) y presencialmente (1), según preferencias, disposición geográfica y situación sanitaria por la COVID-19. La duración de las entrevistas fue de entre 20 y 30 minutos y en ellas se abordaron los temas mostrados en la **tabla 2**. Las llevaron a cabo dos entrevistadoras a las que se formó para evitar el sesgo de entrevistador. Se hizo un análisis inductivo del contenido transcrito con la intención de analizar el alcance del discurso. Este análisis fue realizado por dos investigadoras de forma independiente y las discrepancias en el análisis fueron resueltas posteriormente. El análisis se hizo de forma iterativa utilizando el software MaxQDA, y las interpretaciones y codificaciones de categorías emergentes de los datos que hicieron las investigadoras se discutieron con las entrevistadoras y participantes para garantizar que se mantuviera el significado del discurso. Esta triangulación de datos permite una mayor consistencia y rigor al maximizar la amplitud y profundidad de las interpretaciones.

Tabla 1. Perfil de la muestra de profesionales participantes en las entrevistas

INFORMANTE	SECTOR	PROFESIÓN	TIPO DE CENTRO DE SALUD
1	Zaragoza III	Médico de familia	Urbano
2	Alcañiz	Enfermera	Rural
3	Huesca	Médica de familia	Rural
4	Calatayud	Enfermera de atención continuada	Rural
5	Teruel	Médica de familia	Urbano
6	Zaragoza II	Enfermera	Urbano
7	Barbastro	Enfermero de atención continuada	Rural
8	Zaragoza I	Médica de familia	Urbano
9	Zaragoza II	Trabajadora social sanitaria	Urbano

RESULTADOS

Del análisis de las entrevistas realizadas surgieron siete categorías, dentro de las cuales se crearon subcategorías como se muestra en la **tabla 3**.

Sobre el impacto en el trabajo diario de las y los profesionales, comentaron la importancia del trabajo con la red comunitaria («Para plantear un programa como es la RA, es condición esencial previa tener un tipo de planteamiento de red comunitaria, conocer las posibilidades y los recursos que nos puede aportar la comuni-

Tabla 2. Lista de temas abordados en las entrevistas

- ¿Cuánto tiempo lleva haciendo RA?
- ¿Cómo ha afectado la utilización de la RA en su trabajo diario?
- ¿Podría cuantificar el tiempo dedicado a la RA cada semana?
- ¿Utiliza los recursos ofrecidos por la Estrategia de Atención Comunitaria?
- ¿Cree que la RA es una práctica extendida entre las/los profesionales de AP?
- ¿Sus compañeros del centro de trabajo hacen RA?
- ¿Por qué cree que hay personas que no recomiendan activos?
- ¿Cuáles son los beneficios y los efectos negativos que encuentra en hacer RA (por ejemplo, para pacientes, profesionales, el centro de trabajo o la comunidad)?
- ¿Qué barreras, problemas o dificultades ha detectado en la aplicación del programa?
- ¿Podría hacer alguna sugerencia de mejora para el futuro?
- ¿Recuerda alguna experiencia destacable con pacientes a quienes le haya hecho una RA?

AP: Atención Primaria; RA: recomendación de activos.

dad, así como los agentes que podrían aportar como activos de salud», o «Es preciso e importante conocer bien los recursos considerados como activos de la ZBS para poder ofrecerlos»). En cuanto al tiempo que requiere invertir la herramienta en consultas, se dijeron cosas como: «Si la recomendación se hace de forma organizada y siguiendo los pasos previos de contacto y creación de vínculos con los recursos, no implica excesivo tiempo ni tiene dificultad». Consideran la RA como herramienta terapéutica que da más valor a la atención sanitaria («La RA es un extra de calidad y de recursos, de terapia no medicinal», «La RA es un elemento más terapéutico

que las pastillas»). Con respecto al impacto en términos de carga de trabajo, consideran que «la RA formal puede aumentar algo la carga de trabajo al tener que realizar el registro de la recomendación», aunque desde otro punto de vista también comentan la disminución de trabajo al derivar a recursos específicos: «La RA quita trabajo al concretar la promoción de la salud en derivar a recursos específicos de actividad física, sociabilización, etc.».

Tabla 3. Categorías identificadas en el análisis

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1. Impacto en el trabajo diario	Trabajo con la red comunitaria
	Tiempo dedicado a la RA
	La RA como una herramienta terapéutica más
	Impacto en términos de carga de trabajo
2. Utilización de recursos	Uso del recurso entre profesionales
	Opiniones sobre el recurso
3. Extensión del programa	Formación en comunitaria
	Factores y diferencias en la implementación de la RA en los distintos EAP
	Relación con la comunidad
	Características de los profesionales
	Reconocimiento del modelo
4. Beneficios	Para el centro de salud
	Para las y los pacientes
	Para el personal médico sanitario
	Para la comunidad
5. Efectos negativos	Efectos negativos
6. Barreras en la implementación del programa	Inherentes a las y los profesionales
	En relación con los activos o recursos disponibles
	Tecnológicas
	En el medio rural
	Notificadas por trabajo social
7. Sugerencias de mejora	Formación
	Mejoras tecnológicas
	Interacción con los activos
	Notificadas por trabajo social
	Varios

EAP: equipo de Atención Primaria; RA: recomendación de activos.

En cuanto a los recursos ofrecidos por la EACA (protocolo, guía de recomendación de activos, buscador de activos), los consideran útiles para la mayoría de profesionales, excepto para trabajo social, que refieren dispone de sus propias herramientas («Las herramientas para desarrollar la RA facilitan el contacto y la estructuración y posterior evaluación del proceso», «El uso del protocolo de OMI puede complicar la dinámica de trabajo de algunos profesionales que ya disponen de otras herramientas en este sentido, como los profesionales de trabajo social»).

Consideran básica la formación en comunitaria para la extensión del programa («Para mejorar la extensión de la RA, hay que hacer

trabajo de difusión y formar a los profesionales», «La formación proporcionada por la EACA es muy importante para implementar la RA y concienciar sobre la perspectiva comunitaria». De la misma manera, la implicación del equipo de trabajo se considera relevante («Que la RA se desarrolle es una cuestión del equipo de trabajo. El equipo tiene que ser el que facilite el trabajo interno sobre los recursos con sesiones clínicas o reuniones de equipo», «Si el equipo conoce los recursos, los utilizarán»), aunque también comentan que «la implicación de los centros es muy variable, en algunos muy poco extendida». La relación con la comunidad es clave para conocer los activos y hacer la recomendación, que también puede hacerse a través del consejo de salud. Como posibles características del personal médico sanitario que puede influir en la extensión del programa, hicieron mención al beneficio de residir en el mismo territorio en el que se trabaja, así como a tener una orientación comunitaria incorporada («Hay más implicación y es más fácil extender la RA entre profesionales que viven en la misma comunidad, territorio o pueblo que entre quienes residen en otra localidad», «La RA la utiliza el profesional que quiere ver más allá del entorno de la mesa de trabajo. El trabajar con orientación comunitaria va en las personas»). También comentaron que «es clave mostrar a las y los profesionales no concienciados que la RA funciona con hechos, para que vean que genera beneficios en su trabajo». En contraposición, comentan que dificulta la extensión del programa la movilidad del personal sanitario, así como la falta de reconocimiento del modelo («Muchos de los profesionales que hacen recomendaciones informales no son capaces de reconocer que están haciendo una RA para la salud y es por esto por lo que piensan que es más trabajo, cuando se trata de organizar lo que ya están haciendo»).

Consideran la RA beneficiosa tanto para el centro de salud como para las personas usuarias del mismo, los profesionales y las profesionales y la comunidad («El centro de salud resulta beneficiado con la RA dentro de un planteamiento comunitario más global, al plantear proyectos en los que se trabaja intersectorialmente», «Los pacientes a los que se les ha hecho RA se benefician física y psíquicamente. Además, genera beneficios en la socialización», «Los pacientes a los que se les recomienda normalmente están satisfechos», «A nivel profesional, la RA quita visitas al hacer que la gente haga cosas que la hacen sentirse mejor fuera del centro de salud. Disminuye la frecuentación y el uso del sistema sanitario y de fármacos»).

Por otro lado, mencionaron que los efectos negativos «pueden surgir en caso de recomendar algo sin haber hecho el trabajo previo de la correcta valoración, estudio y diagnóstico de la situación de la persona. Se deben tener en cuenta muchas condiciones para recomendar un activo o no, ya que una mala indicación puede hacer perder la confianza en el modelo».

Las barreras en la implementación del programa inherentes a los y las profesionales fueron la falta de formación y de motivación. En relación con los activos o recursos disponibles, comentaron que «hay poco feedback con los activos, falta de conexión y entendimiento, con dificultad para mantener el contacto y coordinación con todos». Se hizo referencia al medio rural por la dispersión y dificultad para el transporte a determinados recursos, con falta de activos en el medio rural («las actividades a veces no salen por

apuntarse poca gente»). Quienes desempeñaban su labor en trabajo social sí notificaron más barreras, pues «tienen sus propios medios» o porque «pueden tardar más en enterarse de los casos sociales más graves».

Como sugerencias de mejora, se hicieron evidentes las necesidades de continuar con la formación («formar desde el principio a los médicos de familia en orientación comunitaria y conocimiento del entorno donde se trabaja»). De la misma manera, remarcaron la importancia de crear el consejo de salud de zona «para ver qué activos hay y organizar los que no están», de mantener buena comunicación con trabajo social, así como de simplificar las plataformas tecnológicas. Se sugirió también «poner un responsable para cada activo en el centro de salud» para mejorar el trabajo intersectorial.

DISCUSIÓN

Los y las profesionales que participaron en las entrevistas plantearon como condición esencial conocer la red comunitaria antes de desarrollar cualquier programa de RA. Los tres perfiles de profesionales coincidieron en que, para desarrollar la RA, se precisa que el EAP esté incluido dentro de la red comunitaria y se coordine con ella; idea que concuerda con otras revisiones sistemáticas^{18,19}. La RA forma parte del final del proceso de reflexión de la Agenda Comunitaria, tras el conocimiento de la ZBS con el diagnóstico de salud y la creación de redes. De los equipos que afirman hacer RA en la Agenda, el 95% tenía grupo de comunitaria y cerca del 90% diagnóstico de salud de zona¹⁶. Estos datos apoyan la idea de que los equipos han articulado la RA de una manera organizada, alineada con lo que la evidencia recomienda^{9,20}, reforzando la opinión de las y los profesionales que participaron en las entrevistas.

El tiempo invertido en hacer RA fue variado. La mayoría afirmó que la RA formaba parte de la dinámica habitual de la consulta y que con una buena base de trabajo con la comunidad no requería un tiempo extra ni suponía una dificultad asociada, tal y como se ha indicado en otros trabajos²¹. Esto refuerza la idea explicada anteriormente de la necesidad del contacto previo con la comunidad. Si bien se indicó que, como cualquier otra intervención hecha en consulta, necesita un tiempo adecuado para evaluar el contexto y hacer un abordaje integral del paciente.

Como herramienta terapéutica, se percibe la RA como un extra de calidad. Se refuerza la importancia de seguir impulsando modelos asistenciales orientados a mejorar las capacidades de las personas, teniendo en cuenta los contextos y determinantes sociales, y que reconozcan que la inversión en salud es necesaria para el desarrollo y sostenibilidad de la sociedad. Esto tiene interés ya que el sistema de salud sigue anteponiendo la especialización y división de tareas, y fomentando la práctica centrada en la enfermedad y solución de problemas; dificultando la promoción de salud con enfoques positivos²². Está demostrado que aumentar la participación de las personas y la relación con las instituciones sanitarias mejora resultados en salud y reduce desigualdades sociales²³.

Algunas de las personas informantes mencionaron el potencial que podría tener la RA en disminuir la carga de trabajo al concretar

con recursos específicos el trabajo de promoción de salud y aumentar la capacidad de las y los pacientes de llevar a cabo acciones que aumenten su bienestar, provocando en consecuencia disminución de la frecuentación. Esto refuerza la idea de llevar a cabo futuros estudios que midan el impacto en términos de carga de trabajo, ya que actualmente la evidencia en este sentido es limitada. En contraposición, el registro de la recomendación en el protocolo informático fue señalado como aumento de la carga laboral, al considerar algunos de los informantes dificultad en el sistema de registro. Este es un aspecto a mejorar tras este diagnóstico, y concuerda con los numerosos registros erróneos que se objetivaron en el estudio cuantitativo¹⁷.

Algunos estudios señalan la importancia del establecimiento de esquemas y protocolos de realización y evaluación, de cara a generar evidencia más robusta sobre la RA²⁴. Con este estudio se refuerza la misma conclusión, señalando el valor de las herramientas creadas (guía, buscador, protocolo) para desarrollar la RA de manera organizada. Las y los profesionales valoraron positivamente la correcta estructuración del proceso de RA y los recursos ofrecidos, excepto la trabajadora social, que comentaba la complejidad de la dinámica de trabajo utilizando el protocolo de la historia de salud digital, que no está integrado con sus protocolos habituales de trabajo y derivación. Sería importante, por tanto, unificar protocolos para todas las categorías profesionales y facilitar así la coordinación.

La mayoría de las personas informantes afirmaron que la RA informal es una herramienta utilizada habitualmente por el personal médico sanitario de AP, pese a que no reconozcan el modelo, motivo señalado como posible factor de creencia de que la RA formal supone más trabajo, hecho que dificulta la extensión del programa. Por ello, consideran, al igual que otros autores¹⁸, que hay que trabajar en la formación del personal médico y de enfermería de los distintos equipos. En este sentido, y tal y como remarcaron varias personas informantes, es importante el papel que ha tenido la EACA haciendo formación anualmente a personal sanitario.

De la misma manera, se mostró clave la implicación de las y los profesionales en el trabajo interno del equipo mediante la realización de reuniones, presentación de posibilidades y alternativas de la RA, puesta en común de los activos de la ZBS y demostración con hechos a profesionales menos concienciados de la utilidad y beneficios de la RA. La implicación es variable; las personas informantes identificaron como factores que podrían influir en esta variabilidad de la extensión las características propias de cada persona y la inclinación o la formación hacia el trabajo con orientación comunitaria. Esto apoya la necesidad ya comentada de difusión y formación de los EAP.

La relación con la comunidad la consideran clave. De hecho, el que las y los profesionales viviesen en la misma comunidad, con el consecuente mejor conocimiento de los recursos, fue un factor a favor para la extensión de la herramienta remarcado por un informante. Sería interesante evaluar esta variable en futuros estudios, que apoyaría la evidencia de la necesidad del vínculo entre el EAP y la comunidad. En contraposición, un factor nombrado como perjudicial para la extensión del programa fue la dificultad propiciada por la movilidad laboral del personal, que implica que la gente formada en un centro cambie luego a otro.

Las y los profesionales señalan que normalmente sus pacientes están satisfechos con los recursos a los que se les deriva y lo reflejan en las consultas posteriores; esto coincide con las evaluaciones positivas de las personas usuarias que señala la evidencia^{17,25}. Fue enriquecedor que los y las profesionales relatasen experiencias positivas con pacientes a quienes se había remitido a activos, pues ello podría animar a continuar haciendo estas derivaciones. Por otro lado, sería interesante incluir en futuras investigaciones la percepción de las y los pacientes a quienes se les haya recomendado activos.

El plantear proyectos en los que se trabaja intersectorialmente con asociaciones de vecinos, servicios sociales u otras instituciones públicas enriquece al centro de salud, pero también presenta beneficios para la comunidad en tanto que favorece la cohesión entre los diferentes agentes, se saca el máximo partido a los recursos y se fortalecen los actores promotores de salud. De hecho, la falta de contacto y de conexión y entendimiento fue una de las barreras referidas por varias de las personas informantes.

Para la mayoría de ellas, la práctica de la RA no contemplaba efectos negativos para las y los pacientes, pero varias remarcaban la necesidad de hacer el trabajo previo, reforzando una vez más la importancia que tiene generar esquemas formales de RA para poder evaluar correctamente antes y después de la recomendación. La trabajadora social señaló como un posible efecto negativo de esta práctica para las y los pacientes que, al no ser derivados a trabajo social, podían quedarse sin conocer otros activos propios de este ámbito que les fueran más beneficiosos. En este sentido, se señaló como sugerencia de mejora —que se tendrá en cuenta en la evaluación y optimización del programa— fomentar la interacción entre medicina-enfermería y trabajo social.

La falta de formación en promoción de la salud, el escepticismo de algunos profesionales en relación con los procesos de participación comunitaria y la falta de motivación fueron barreras señaladas; algunas de las cuales se han señalado anteriormente como posible causa de variabilidad en la extensión del programa. Esto refuerza, una vez más, la importancia de establecer el modelo biopsicosocial y salutogénico desde la formación de pregrado y del establecimiento de grupos de atención comunitaria que sean capaces de extender la formación en los distintos EAP.

En cuanto a sugerencias de mejora en el ámbito tecnológico, se nombró el dar la posibilidad de recomendar activos nuevos no registrados en el buscador¹¹. Podría ser una solución para pacientes para quienes no se encuentra un recurso adecuado, aunque no facilitaría la organización entre los agentes implicados. Otras sugerencias fueron la necesidad de aumentar el apoyo de las direcciones de AP, de desarrollar formas de evaluación del impacto que tiene la RA en las y los pacientes o de unificar criterios más detallados para hacer las derivaciones. En este sentido, los proyectos que se están desarrollando para generar indicadores de impacto se muestran necesarios.

La situación de la COVID-19, así como la dispersión geográfica de los y las profesionales entrevistados, dificultó la realización de las entrevistas presencialmente, lo que hubiera aportado más calidad a la fase cualitativa del estudio. Además, se debe tener precaución a la hora de hacer conclusiones generalizadas ya que, para cumplir

con los objetivos propuestos para este estudio, las entrevistas se hicieron a profesionales que ya hacían RA. Sería interesante incluir para próximos estudios a profesionales que no hacen RA o que muestran más escepticismo en relación con las perspectivas comunitarias, para llevar a cabo una comparativa y estudiar las barreras o sugerencias de mejora. De la misma manera, y como se ha comentado previamente, sería interesante también para próximos estudios incluir la perspectiva de las personas usuarias de AP.

CONCLUSIONES

Se ha mostrado requisito indispensable el trabajo previo de conocimiento e inclusión del EAP en la comunidad para la realización posterior de RA formal. En este sentido, los y las profesionales valoran favorablemente la estructuración del proceso de RA en el contexto de la EACA en Aragón y la Agenda Comunitaria.

Se ha puesto de manifiesto la necesidad de trabajar en la coordinación entre profesionales de medicina y enfermería con trabajo social, así como de unificar los protocolos ya existentes de trabajo social con los que se están desarrollando de RA a nivel global de AP.

Este análisis ayudará al desarrollo de la Estrategia al presentar un diagnóstico de situación de varias de las herramientas que contempla desde la perspectiva de las y los profesionales, asegurando la transferencia de este trabajo a la práctica.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos los profesionales que participaron en el estudio siendo entrevistados. Gracias 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 trabajo no ha recibido financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

Las personas autoras declaran que no existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Kendall S. Integrating primary and community care: an international perspective. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(4):317-9.
- Sastre Paz M, Benedé Azagra CB, Azpeitia Serón ME, Bajo Viña R, Benedicto Subirá C, Blanquer Gregori J, et al. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria [Internet]. Madrid:semFYC;2018[citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
- Benedé Azagra CB, Aguiló Pastrana E, Soler Torroja M. Atención y orientación comunitarias. *AMF.* 2021;17:244-9.
- Kimberlee R. What is the value of social prescribing? *ASSRJ.* 2016;3(3):29-35.
- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007;14(2_suppl):17-22.
- Heijnders ML, Meijjs JJ. «Welzijn op Recept» (Social Prescribing): A helping hand in re-establishing social contacts-an explorative qualitative study. *Prim Heal Care Res Dev.* 2018;19(3):223-31.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria. [Internet]. 2019 [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):5.276.
- Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón; Atención Primaria. [Internet] 2020 [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2023/03/Texto-EACA-REV-2023.pdf>
- Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Atención Comunitaria basada en activos: Recomendación activos para la salud en Atención Primaria. [Internet] 2018 [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: https://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ada-Recomendaci%C3%b3n-de-Activos-para-la-salud-en-Atenci%C3%b3n-Primaria_9_2018-1.pdf
- Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Web Blog Estrategia Atención Comunitaria Aragón: Buscador activos para la salud. [Internet] [citado 10 de mayo de 2021] Disponible en: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/activos-para-la-salud/>
- Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Plan de Salud de Aragón 2030. [Internet] 2018 [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Plan-de-Salud-FINAL-EDITADO.pdf>
- Astray L (coord.). Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? [Internet] Madrid: semFYC; 2012 [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>
- Cardo A, López S. Guías de acción comunitaria en salud actualizadas. *AMF.* 2021;17:277-84.
- Daufí C, Poblet C, Núñez C. Reorientación comunitaria del centro de salud. *AMF.* 2021;17:263-9.
- Domínguez García M, Pola-García M, Oliván Blázquez B, Lahoz Bernad I, Lou Alcaine ML, Benedé Azagra CN. Análisis de las agendas comunitarias en atención primaria y factores asociados a su implantación. *Gac Sanit.* 2023;17:102257.
- Pola-García M, Domínguez García M, Gasch-Gallén A, et al. Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de atención primaria aragoneses. *Aten Primaria.* 2022;54:102.496.
- Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open.* 2017;7(4).
- Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract.* 2009;59(563):454-6.
- Alarcón I, Veganzones I. Recomendación de activos de la comunidad: ¿lo hacemos desde atención primaria? *FMC.* 2019;26(7):420-3.
- Capella Gonzalez J, Braddick F, Schwartz Fields H, Segura Garcia L, Colom Farran J. Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. *Comunidad.* 2016;18(2):7.
- López Dicastillo O, Canga Armayor N, Mujika A, Pardavila Belio MI, Belintxon M, Serrano Monzón I, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2017;31(3):269-72.
- López-Sánchez MP, Alberich T, Francés García F, Aviñó D, Ruiz-Azarola A, Villasante T. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32(S1):32-40.
- Peschery JV, Randhawa G, Pappas Y. The impact of social prescribing services on service users: A systematic review of the evidence. *Eur J Public Health.* 2020;30(4):664-73.
- Roland M, Everington S, Marshall M. Social Prescribing-Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. *N Engl J Med.* 2020;383(2):97-9.