



ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL DE LA USC

Diego Gabriel
Mosteiro Miguéns

Tesis doctoral

Actividades comunitarias
en Atención Primaria en
el área sanitaria de Santiago
de Compostela y Barbanza

Santiago de Compostela, 2025



ESCOLA DE DOUTORAMENTO
INTERNACIONAL DA USC

TESIS DOCTORAL

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA Y BARBANZA

Autor:

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns

Directoras:

Almudena Rodríguez Fernández

Silvia Novío Mallón

Tutora:

Maruxa Zapata Cachafeiro

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA



SANTIAGO DE COMPOSTELA
2025



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

D. Diego Gabriel Mosteiro Miguéns declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con la Tesis Doctoral titulada:

Actividades comunitarias en Atención Primaria en el área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

En Santiago de Compostela, a 14 de abril de 2025

Fdo. Diego Gabriel Mosteiro Miguéns



*“La mente que se abre a una nueva idea,
jamás volverá a su tamaño original”*

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi gratitud a la Dra. Almudena Rodríguez, cuyas aportaciones me permitieron crecer y mejorar, aprendiendo que cada detalle es importante. A la Dra. Maruxa Zapata, sus recomendaciones fueron clave para avanzar en los momentos de incertidumbre. A la Dra. Silvia Novío, por su implicación incondicional y paciencia infinita, y por creer en mí incluso en los momentos en los que yo dudé. Sin ella esta tesis no hubiera sido posible. Al Dr. Ernesto Smyth, tutor en los primeros años hasta su jubilación. Él confió en mí y fue el impulsor inicial de esta tesis doctoral. Gracias de corazón.

A mis padres, por enseñarme el valor de la perseverancia, por inculcarme que las adversidades se pueden transformar en fortalezas. Gracias por comprender con cariño y paciencia, mis ausencias durante este largo camino.

Por último, a Natalia, mi compañera de vida. Gracias por estar siempre a mi lado, por apoyarme en los momentos de flaqueza, por entenderme y por cederme, generosamente, el tiempo que te merecías.

PRESENTACIÓN

La presente tesis doctoral, presentada por compendio de artículos, dio lugar a la publicación de un total de 4 artículos científicos y 1 comunicación oral. Todos los artículos fueron publicados en revistas con revisión por pares e indexadas en Journal Citation Report (JCR). Además, la comunicación oral recibió el segundo premio a la mejor comunicación en las XXVI Jornadas de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC), celebradas en Vigo el 29 y 30 de septiembre de 2023. Dichas publicaciones se recogen a continuación por orden cronológico descendente:

Artículos científicos:

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo. *Aten Primaria*. 2025;57:103134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>.

- Factor de impacto JCR ®: **Q2 (110/329)**
- Categoría: Medicine, General & Internal

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study. *Fam Pract*. 2025:cmae056. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>.

- Factor de impacto JCR ®: **Q1 (81/329)**
- Categoría: Medicine, General & Internal

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study. *Public Health Nurs*. 2024;41:1144–53. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>.

- Factor de impacto JCR ®: **Q2 (80/193)**
- Categoría: Nursing

Mosteiro-Miguéns DG, Rodríguez-Fernández A, Zapata-Cachafeiro M, Vieito-Pérez N, Represas-Carrera FJ, Novío Mallón S. Community activities in primary care: a literature review. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>.

- Factor de impacto JCR ®: **Q1 (6/30)**
- Categoría: Primary Health Care

Comunicación oral:

Actividades Comunitarias en la Atención Primaria de Galicia. Sección “Proyectos de investigación”. Autores: Diego Gabriel Mosteiro Miguéns; Almudena Rodríguez Fernández; Maruxa Zapata Cachafeiro y Silvia Novío Mallón.

Segundo premio a la mejor comunicación oral en las XXVI Jornadas AGAMFEC (29-30 de septiembre de 2023).

RESUMEN

Los estilos de vida condicionan la salud de la población. La promoción de la salud a través de un enfoque comunitario es una de las estrategias más eficaces para mejorar los comportamientos en salud y reducir la incidencia actual de las enfermedades crónicas. El ámbito de Atención Primaria (AP), a través de la puesta en marcha de actividades comunitarias (AC), tiene el potencial de alcanzar este objetivo. Sin embargo, la implementación de este tipo de intervenciones en los centros de salud no está estandarizada, y a menudo se debe únicamente a la voluntariedad de los profesionales, lo que dificulta su difusión y evaluación, al tiempo que contribuye a su infrarregistro y falta de uniformidad.

El núcleo central de esta tesis doctoral, presentada por compendio de artículos, pretende arrojar luz acerca del escenario comunitario llevado a cabo desde los centros de salud mediante AC, y reflejar el rol de los actuales y futuros profesionales de AP como agentes clave para la promoción de conductas saludables en la comunidad. Además, esta investigación se centra en analizar cuáles son los factores que condicionan la puesta en marcha de las AC. Por tanto, los objetivos de la presente tesis doctoral fueron los siguientes:

1. Sintetizar la evidencia disponible sobre AC y describir su impacto en la salud de las personas.
2. Analizar la implantación de las AC llevadas a cabo durante 2018-2022 en el área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza (ASSCB).
3. Identificar las barreras y facilitadores para la puesta en marcha de AC en la AP de Galicia.
4. Determinar el grado de: a) conocimiento, actitud y percepción de estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidade de Santiago de Compostela sobre AC; así como b) conocimiento, actitud y práctica de AC en profesionales del ámbito de AP de Galicia.



Para dar respuesta al objetivo 1, esta tesis doctoral incluye el primer artículo de revisión publicado que analiza el impacto de las AC realizadas en AP, sin restricciones de

población diana, tema o tipo de participación de los asistentes. Para ello, se llevó a cabo una revisión de la literatura en las bases de datos TRIPDATABASE, MEDLINE, EMBASE y DIALNET hasta el 15 de noviembre de 2023. Se incluyeron trabajos originales sobre intervenciones, AC y acciones y/o prescripciones sociales que hubieran sido implementadas en un ámbito de AP, que incluyeran un abordaje grupal en al menos una sesión y describieran algún tipo de evaluación de la intervención aplicada. Se excluyeron los estudios dirigidos a profesionales únicamente y aquellos sin implicación del equipo de AP. La búsqueda identificó 1912 estudios potenciales. Se incluyeron un total de 30 estudios, de los cuales 11 eran ensayos clínicos aleatorizados, 14 estudios cuasiexperimentales, 1 estudio de cohortes y 4 estudios cualitativos. Los temas más frecuentemente abordados en las AC fueron hábitos saludables, actividad física, enfermedades cardiovasculares y diabetes. A partir de los resultados de la presente revisión se pudo concluir que las AC pueden mejorar la esfera física y psicológica de sus participantes, así como el nivel de conocimientos sobre los temas tratados. Sin embargo, el desarrollo de este tipo de intervenciones no es uniforme.

Para dar respuesta a los objetivos 2 y 3, la presente tesis doctoral incluye el primer artículo desarrollado en la comunidad gallega que identifica, describe y analiza las AC en el ámbito de AP; así como las barreras y facilitadores para su desarrollo. Para ello, se invitó a participar a todos los coordinadores/as de enfermería de los 74 centros de salud del ASSCB, así como a jefes/as de servicio y profesionales de AP con mayor conocimiento sobre las AC desarrolladas. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario heteroadministrado mediante entrevista telefónica. Asimismo, se consultaron fuentes de datos adicionales para complementar la información recogida. Un total de 95 AC fueron identificadas. La mayoría de AC fueron de carácter puntual (72,6%), de una única sesión (67,4%), con participación pasiva de los asistentes (100%) y escasa colaboración intersectorial (9,5%). El 76,8% de las AC no fueron evaluadas y surgieron por iniciativa de los profesionales de AP. A partir de los resultados de este trabajo se identificó la flexibilización de las agendas de los profesionales de AP como factor clave para lograr la implantación de las AC en AP.

Para el objetivo 4, la presente tesis doctoral incluye dos artículos originales que son los primeros en explorar los conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de estudiantes del Grado de Enfermería y profesionales de AP sobre el desarrollo de AC en AP. La recogida de datos para ambos se obtuvo mediante la difusión de cuestionarios autocumplimentados a través de Microsoft Forms y otras redes de comunicación online. Participaron 153 estudiantes de enfermería de la Universidade de Santiago de Compostela y 521 profesionales de AP de SERGAS. Únicamente el 15,1% de los estudiantes fue capaz

de identificar correctamente las AC. Sin embargo, el 93,4% las consideró un enfoque eficaz para el control de enfermedades crónicas. Mención especial merece la actitud positiva mostrada por los estudiantes hacia la realización de este tipo de actividades. Por otra parte, sólo el 14,8% y el 12,5% de los profesionales de AP en SERGAS identificaron correctamente las intervenciones de AC y de prescripción social, respectivamente. Además, sólo el 30,7% afirmó conocer los activos comunitarios disponibles en su área de trabajo y el 93,9% reconoció que el desarrollo de la AC en los centros de salud era deficiente. A pesar de ello, el 76,5% mostró una buena actitud hacia la participación en AC. Los actuales y futuros profesionales de AP son conscientes de las limitaciones a las que se enfrentan las AC en AP. La buena predisposición identificada es un hecho alentador para mejorar su implementación en los centros de salud.

Los estudios que conforman esta tesis doctoral refuerzan la necesidad de establecer medidas a nivel institucional que impulsen el desarrollo de AC en los centros de AP del SERGAS, con mayor implicación intersectorial y de agentes comunitarios. Asimismo, los hallazgos recogidos en esta investigación sugieren que los planes de formación universitaria de enfermería deberían ser revisados, potenciando la perspectiva comunitaria con el objetivo de aumentar los conocimientos y las habilidades necesarias para el desarrollo de AC de los futuros profesionales. De la misma manera, es fundamental incentivar la formación en AC, prescripción social y activos comunitarios de los profesionales de AP en SERGAS. De este modo, se facilitaría el desarrollo reglado de AC con mayores perspectivas de éxito, mejoraría el abordaje comunitario de los centros de salud gallegos y se contribuiría a reducir la incidencia de enfermedades crónicas de la sociedad.

Palabras clave: Actividades Comunitarias; Atención Primaria de la Salud; Educación en Salud; Participación de la comunidad; Promoción de la salud.

RESUMO

Os estilos de vida determinan a saúde da poboación. A promoción da saúde a través dun enfoque comunitario é unha das estratexias máis eficaces para mellorar os comportamentos de saúde e reducir a incidencia actual de enfermidades crónicas. O ámbito da Atención Primaria (AP), mediante a realización de actividades comunitarias (AC), ten potencial para acadar este obxectivo. Non obstante, a implantación deste tipo de intervencións nos centros de saúde non está estandarizada, e moitas veces débese unicamente á voluntariedade dos profesionais, o que dificulta a súa difusión e avaliación, ao tempo que contribúe ao seu infrarexistro e falta de uniformidade.

O núcleo central desta tese de doutoramento, presentada por compendio de artigos, pretende arroxar luz sobre o escenario comunitario que se realiza desde os centros de saúde a través de AC, e reflectir o papel dos actuais e futuros profesionais de AP como axentes fundamentais para a promoción de condutas saudables na comunidade. Ademais, esta investigación céntrase na análise dos factores que condicionan a implantación das AC. Polo tanto, os obxectivos desta tese doutoral foron os seguintes:

1. Sintetizar a evidencia dispoñible sobre AC e describir o seu impacto na saúde das persoas.
2. Analizar a implantación das AC realizadas durante 2018-2022 na área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza (ASSCB).
3. Identificar as barreiras e facilitadores para a implantación das AC na AP de Galicia.
4. Determinar o grao de: a) coñecemento, actitude e percepción dos estudantes de Grao de Enfermaría da Universidade de Santiago de Compostela sobre a AC; así como b) coñecemento, actitude e práctica de AC en profesionais do ámbito da AP en Galicia.

Para dar resposta ao obxectivo 1, esta tese de doutoramento inclúe o primeiro artigo de revisión publicado que analiza o impacto das AC realizadas en AP, sen restricións de poboación destinatária, temática ou tipo de participación dos asistentes. Para iso, realizouse unha revisión da literatura nas bases de datos TRIPDATABASE, MEDLINE, EMBASE e

DIALNET ata o 15 de novembro de 2023. Incluíronse traballos orixinais sobre intervencións, AC e accións e/ou prescricións sociais que foran implantados nun entorno de AP, que incluíran un enfoque grupal en polo menos unha sesión e describiran algún tipo de avaliación da intervención aplicada. Excluíronse os estudos dirixidos unicamente a profesionais e aqueles sen implicación do equipo de AP. A busca identificou 1912 estudos potenciais. Incluíronse un total de 30 estudos, dos cales 11 foron ensaios clínicos aleatorios, 14 estudos cuasiexperimentais, 1 estudo de cohorte e 4 estudos cualitativos. Os temas máis abordados nas AC foron os hábitos saudables, a actividade física, as enfermidades cardiovasculares e a diabetes. A partir dos resultados desta revisión, conclúese que as AC poden mellorar o ámbito físico e psicolóxico dos seus participantes, así como o nivel de coñecemento sobre os temas tratados. Non obstante, o desenvolvemento deste tipo de intervencións non é uniforme.

Para dar resposta aos obxectivos 2 e 3, esta tese de doutoramento inclúe o primeiro artigo levado a cabo na comunidade galega que identifica, describe e analiza as AC no eido da AP; así como as barreiras e facilitadores para o seu desenvolvemento. Para iso convidouse a participar a todos los coordinadores/as de enfermaría dos 74 centros de saúde da ASSCB, así como a xefes de servizo e profesionais de AP con maior coñecemento sobre a AC desenvolvida. Os datos foron recollidos mediante un cuestionario heteroadministrado mediante entrevista telefónica. Así mesmo, consultáronse fontes de datos adicionais para complementar a información recollida. Identificáronse un total de 95 AC. A maioría destas foron puntuais (72,6%), de unha única sesión (67,4%), con participación pasiva dos asistentes (100%) e escasa colaboración intersectorial (9,5%). O 76,8% das AC non foron avaliadas e xurdiron por iniciativa dos profesionais de AP. A partir dos resultados deste traballo, identificouse a flexibilidade das axendas dos profesionais de AP como un factor clave para conseguir a implantación das AC en AP.

Para o obxectivo 4, esta tese de doutoramento inclúe dous artigos orixinais que son os primeiros en explorar os coñecementos, actitudes, percepcións e prácticas de estudantes do Grao de Enfermaría e profesionais de AP respecto ao desenvolvemento da AC en AP. A recollida de datos para ambos foi obtida mediante a difusión de cuestionarios autocumplimentados a través de Microsoft Forms e outras redes de comunicación en liña. Participaron 153 estudantes de enfermaría da Universidade de Santiago de Compostela e 521 profesionais da AP do SERGAS. Só o 15,1% do estudiantado foi capaz de identificar correctamente as AC. Non obstante, o 93,4% considerounos un enfoque eficaz para o control das enfermidades crónicas. Mención especial merece a actitude positiva mostrada polos estudantes ante a realización deste tipo de actividades. Por outra banda, só o 14,8% e o 12,5% dos profesionais de AP do SERGAS identificaron correctamente as intervencións

de AC e prescrición social, respectivamente. Ademais, só o 30,7% afirmou coñecer os activos comunitarios dispoñibles na súa área de traballo e o 93,9% recoñeceu que o desenvolvemento das AC nos centros de saúde era deficiente. A pesar diso, o 76,5% mostrou unha boa actitude ante a participación en AC. Os actuais e futuros profesionais da AP son conscientes das limitacións ás que se enfrontan as AC na AP. A boa predisposición identificada é un feito alentador para mellorar a súa implantación nos centros de saúde.

Os estudos que conforman esta tese de doutoramento reforzan a necesidade de establecer medidas a nivel institucional que fomenten o desenvolvemento das AC nos centros de AP do SERGAS, cunha maior implicación intersectorial e axentes comunitarios. Así mesmo, os achados recollidos nesta investigación suxiren que se deben revisar os plans de formación universitaria en enfermaría, promovendo a perspectiva comunitaria co obxectivo de incrementar os coñecementos e habilidades necesarias para o desenvolvemento das AC dos futuros profesionais. Do mesmo xeito, é fundamental fomentar a formación en AC, prescrición social e activos comunitarios dos profesionais de AP do SERGAS. Desta maneira, facilitaríase o desenvolvemento regulado de AC con maiores perspectivas de éxito, melloraría o enfoque comunitario dos centros de saúde galegos, e contribuiría a diminuír a incidencia de enfermidades crónicas na sociedade.

Palabras chave: Actividades Comunitarias; Atención Primaria de Saúde; Educación para a Saúde; Participación da comunidade; Promoción da saúde.

ABSTRACT

Lifestyle shape the health of the population. Health promotion through a community approach is one of the most effective strategies to improve health behaviours and reduce the current incidence of chronic diseases. The Primary Care (PC) setting, through the implementation of community activities (CA), has the potential to achieve this goal. However, the implementation of such interventions in health centres is not standardized and is often due solely to the voluntarism of professionals, which hinders their dissemination and evaluation, while contributing to their under-recording and lack of uniformity.

The central core of this doctoral thesis, presented as a compendium of articles, aims to shed light on the community scenario carried out in health centres through CA, and to reflect on the role of current and future PC professionals as key agents for the promotion of healthy behaviours in the community. Furthermore, this research focuses on analysing the factors that influence the implementation of CA. Therefore, the objectives of this doctoral thesis were the following:

1. To synthesise the available evidence on CA and to describe its impact on people's health.
2. To analyse the implementation of CA carried out during 2018-2022 in the health area of Santiago de Compostela and Barbanza (ASSCB).
3. To identify the barriers and facilitators for the implementation of CA in the Galician PC.
4. To determine the degree of: a) knowledge, attitude and perception of students of the Degree in Nursing at the University of Santiago de Compostela about CA; as well as b) knowledge, attitude and practice of CA in professionals in the area of PC in Galicia.

In order to respond to objective 1, this doctoral thesis includes the first published review article that analyses the impact of CA carried out in PC, without restrictions on target population, topic or type of participation of the attendees. To this end, a literature review was carried out in the TRIPDATABASE, MEDLINE, EMBASE and DIALNET

databases until 15 November 2023. We included original papers on interventions, CA and social actions and/or prescriptions that had been implemented in a PC setting, included a group approach in at least one session and described some kind of evaluation of the intervention applied. Studies aimed at professionals only and those without involvement of the PC team were excluded. The search identified 1912 potential studies. A total of 30 ones were included, of which 11 were randomised clinical trials, 14 quasi-experimental studies, 1 cohort study and 4 qualitative studies. The most frequently addressed topics in the CAs were healthy habits, physical activity, cardiovascular diseases and diabetes. From the results of the present review it could be concluded that CAs can improve the physical and psychological sphere of their participants, as well as the level of knowledge about the topics addressed. However, the development of such interventions is not uniform.

In order to respond to objectives 2 and 3, this doctoral thesis includes the first article developed in the Galician community that identifies, describes and analyses CA in the PC setting, as well as the barriers and facilitators for its development. To this end, all the nursing coordinators of the 74 health centres of the ASSCB were invited to participate, as well as heads of services and PC professionals with greater knowledge of the CA developed. Data were collected through a hetero-administered questionnaire by means of a telephone interview. Additional data sources were also consulted to complement the information collected. A total of 95 CA were identified. The majority of CA were one-off (72.6%), single-session (67.4%), with passive participation of the attendees (100%) and little cross-sectoral collaboration (9.5%). 76.8% of the CA were not evaluated and arose on the initiative of PC professionals. Based on the results of this study, the flexibility of PC professionals' agendas was identified as a key factor in achieving the implementation of CA in PC.

For objective 4, this doctoral thesis includes two original articles which are the first to explore the knowledge, attitudes, perceptions and practices of students of the Degree in Nursing and PC professionals on the development of CA in PC. Data collection for both was obtained through the dissemination of self-administered questionnaires via Microsoft Forms and other online communication networks. A total of 153 nursing students from the University of Santiago de Compostela and 521 PC professionals from SERGAS participated. Only 15.1% of the students were able to correctly identify the CAs. However, 93.4% considered them an effective approach to chronic disease management. Special mention should be made of the positive attitude shown by the students towards carrying out this type of activity. On the other hand, only 14.8% and 12.5% of PC professionals in SERGAS correctly identified CA and social prescription interventions, respectively. Furthermore, only 30.7% stated that they were aware of the community assets available in

their area of work and 93.9% recognised that the development of CA in health centres was deficient. Despite this, 76.5% showed a good attitude towards participation in CA. Current and future PC professionals are aware of the limitations facing CA in PC. The good predisposition identified is an encouraging fact to improve its implementation in health centres.

The studies that make up this doctoral thesis reinforce the need to establish measures at the institutional level that promote the development of CA in the PC centres of the SERGAS, with greater intersectoral involvement and community agents. Likewise, the findings of this research suggest that university nursing training plans should be revised, strengthening the community perspective with the aim of increasing the knowledge and skills necessary for the development of CA of future professionals. Similarly, it is essential to encourage training in CA, social prescription and community assets of PC professionals in SERGAS. This would facilitate the regulated development of CA with greater prospects of success, improve the community approach in Galician health centres and contribute to reducing the incidence of chronic diseases in society.

Keywords: Community Activity; Community Participation; Health Education; Health Promotion; Primary Health Care.

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AC:	Actividad Comunitaria
AP:	Atención Primaria
ASSCB:	Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza
EAP:	Equipo de Atención Primaria
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PrS:	Prescripción Social
SERGAS:	Servizo Galego de Saúde
USC:	Universidade de Santiago de Compostela

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	31
2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	37
2.1. Justificación.....	37
2.2. Hipótesis.....	38
3. OBJETIVOS	41
3.1. Objetivos generales	41
3.2. Objetivos específicos.....	41
4. METODOLOGÍA	45
4.1 Artículo 1. Community activities in primary care: a literature review	46
4.2 Artículo 2. Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo.....	47
4.3 Artículo 3. Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: a cross-sectional study.....	48
4.4 Artículo 4. Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study	50
4.5 Análisis de datos.....	51
4.6 Aspectos éticos	51
5. RESULTADOS	55
5.1. Artículo 1.....	55
5.2 Artículo 2.....	60
5.3. Artículo 3.....	63
5.4. Artículo 4.....	64
6. DISCUSIÓN	69
6.1. Discusión de resultados	69
6.2. Fortalezas y limitaciones de la tesis doctoral.....	81
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	87

8. CONCLUSIONES.....	91
9. BIBLIOGRAFÍA.....	95
10. ÍNDICE DE PUBLICACIONES.....	113
Otras publicaciones no incluidas en el núcleo de la tesis	115
11. ANEXOS	119
ANEXO 1. Cuestionario sobre las características, barreras y facilitadores de las actividades comunitarias	119
ANEXO 2. Cuestionario sobre los conocimientos, actitudes y percepciones de estudiantes de enfermería sobre actividades comunitarias en atención primaria	125
ANEXO 3. Cuestionario sobre los conocimientos, actitudes y práctica sobre actividades comunitarias en los equipos de atención primaria de Galicia	131
ANEXO 4. Dictamen del comité de ética Santiago-Lugo	137
ANEXO 5. Filiación de los autores de las publicaciones incluidas en la tesis	139
ANEXO 6. Copias íntegras de los artículos publicados.....	145
ARTÍCULO 1	145
ARTÍCULO 2	161
ARTÍCULO 3	199
ARTÍCULO 4	209
ANEXO 7. Permisos editoriales.....	219
ANEXO 8. Segundo premio a la mejor comunicación oral en las XXVI jornadas gallegas de medicina familiar y comunitaria.....	221
ANEXO 9. Índice de tablas y figuras.....	223
Tablas	223
Figuras.....	223

1

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida no saludables, condicionados en gran medida por los determinantes sociales como el nivel socioeconómico y las condiciones laborales o culturales (1), contribuyen al aumento de la carga de enfermedad en nuestra sociedad (2). En este sentido, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico, el sedentarismo y la mala alimentación son los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como distintos tipos de cáncer, problemas cardiocirculatorios, diabetes y obesidad (3). Estas enfermedades son responsables de más del 70% de las muertes a nivel mundial (4) y su morbilidad limita la calidad de vida de quienes las padecen, genera un elevado coste económico y agrava la sobrecarga asistencial del sistema sanitario (5). Esto supone un desafío creciente para los sistemas de salud de todo el mundo (6). En este contexto, es necesario potenciar un modelo sanitario proactivo que aborde las causas subyacentes de la enfermedad e implique a otros agentes de la comunidad, proporcionando una respuesta holística e integral, acorde al escenario epidemiológico social actual (6).

La promoción de la salud desde una perspectiva comunitaria ha demostrado ser más eficaz que los enfoques centrados exclusivamente en intervenciones individuales (7). Así, la implicación de la comunidad en procesos de salutogénesis potencia la responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud, mejorando su bienestar y calidad de vida al hacerlos partícipes y protagonistas de su autocuidado (8). En este sentido, el ámbito de atención primaria (AP) por su función de eje vertebrador entre los profesionales sanitarios y agentes comunitarios tiene el potencial de cumplir este objetivo.

En España, la atención del sistema público sanitario se articula en torno a la AP a través de sus 13.000 centros de salud (9). Esto permite atender y seguir a las personas, familias y comunidades de forma integral, cercana y continuada en el tiempo, llegando a toda la población, independientemente del nivel socioeconómico. Así, este modelo sanitario logra minimizar el impacto de los determinantes sociales y, en consecuencia, favorecer la equidad en salud. De la misma manera, la AP se posiciona como el ámbito de referencia para llevar a cabo acciones de promoción de la salud que aborden los estilos de vida no saludables y sus causas, de manera holística y multidisciplinar, mejorando la eficiencia en la atención a la salud de la población (10). Esto es de vital importancia en un

contexto de alta carga de enfermedad asociado al envejecimiento, las enfermedades crónicas, la dependencia y la desigualdad social (11) Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la necesidad de aproximar la atención sanitaria al lugar donde residen y trabajan las personas, con un enfoque comunitario que apueste por la prevención y promoción de la salud (12) mediante la puesta en marcha de actividades comunitarias (AC) (13).

Las AC en el ámbito de la AP son una herramienta esencial para los sistemas de salud, ya que permiten abordar de manera proactiva los estilos de vida no saludables y sus causas (12); al tiempo que contribuyen a reducir las desigualdades en salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales que más afectan al bienestar colectivo (14,15). Las AC se definen como todas aquellas actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que van dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades (16). Lejos de limitarse a acciones informativas o educativas puntuales, las AC poseen el potencial de fomentar la implicación activa de la población en la identificación y priorización de las necesidades en salud, así como en la toma de decisiones, el diseño y la evaluación de sus resultados (17). Entre estas actividades, se incluye la Prescripción Social (PrS), entendida como una estrategia que vincula a las personas con recursos comunitarios, sociales y culturales con el fin de mejorar su salud y bienestar de forma integral (18).

La implementación de AC responde al modelo de salud comunitario centrado en el enfoque biopsicosocial, el cual reconoce la influencia de los determinantes sociales en la salud y busca fortalecer la capacidad de las personas para mejorar su bienestar de manera autónoma (19,20). Este enfoque ha sido reforzado por el Modelo de Activos en Salud (21), que destaca la importancia de la participación comunitaria en la toma de decisiones sanitarias, la utilización de los recursos comunitarios, así como la implicación de los agentes de la comunidad para lograr el empoderamiento en salud y mejorar la calidad de vida de la población.

Diversos estudios respaldan el impacto positivo de estas intervenciones para la mejora de los hábitos alimentarios (22), el autocuidado en diabéticos (23), el sedentarismo (24), el rendimiento cognitivo (25), la salud mental (26) y cardiovascular (27) o la funcionalidad y el equilibrio (28), entre otros (29). Además, la implementación de estas intervenciones mejora la eficiencia del sistema sanitario, al disminuir la demanda de recursos hospitalarios (30). Sin embargo, a pesar de su reconocido valor que justificaría su

integración reglada en las carteras de servicio de AP (31), la implementación de este tipo de intervenciones no está consolidada, presentando una notable heterogeneidad entre las distintas comunidades autónomas (32). En muchos casos, su desarrollo depende de la iniciativa individual de los profesionales, lo que limita su sostenibilidad a largo plazo, dificulta su evaluación, al tiempo que contribuye a su infrarregistro y a la falta de uniformidad en su desarrollo (33).

Si bien la limitada participación de la comunidad para este tipo de actividades (34), la falta de formación y/o capacitación de los profesionales de los centros de salud sobre AC (35), así como la existencia de barreras a nivel institucional (36) han sido identificados como factores que dificultan su puesta en marcha; se desconoce cuáles son las causas de su desarrollo limitado en el ámbito de la AP del Servicio Galego de Saúde (SERGAS). En este contexto, la presente tesis doctoral pretende analizar la situación real de las AC en el ámbito de la AP gallega, así como los factores concretos que explican su escasa sistematización. Para ello, se ha llevado a cabo, en primer lugar, una revisión de la literatura sobre AC con participación de los profesionales de AP y sin restricciones en cuanto al tipo de participación, para sintetizar la evidencia disponible sobre el impacto de estas intervenciones en la salud y describir el grado de implicación tanto de profesionales como de los agentes de la comunidad. En segundo lugar, se ha realizado un estudio que identifica y analiza en profundidad las AC desarrolladas en un área sanitaria de Galicia, lo que permite ofrecer una visión contextualizada y detallada de sus características, del nivel de implementación, así como de las barreras y facilitadores que influyen en su desarrollo. Finalmente, dado al papel transcendental de los profesionales de AP para el desarrollo de este tipo de iniciativas (37); se ha explorado el nivel de capacitación sobre AC tanto de los profesionales de AP en SERGAS, como de los futuros profesionales (estudiantes del Grado de Enfermería), mediante dos estudios descriptivos que exploraron su conocimiento, actitud, percepción y práctica en cuanto al desarrollo de AC en el ámbito de AP de Galicia.

2

Justificación e Hipótesis

2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

2.1. JUSTIFICACIÓN

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla (38). Aproximadamente el 20% de las muertes por cualquier causa se atribuyen a factores de riesgo modificables (39), de ahí la importancia de la promoción de un estilo de vida saludable y la creación de entornos adecuados que contribuyan a disminuir la carga de enfermedad (40) y la medicalización (41) en nuestra sociedad.

La promoción de la salud tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas a través del abordaje de las causas subyacentes de las enfermedades, en lugar de centrarse únicamente en la cura o el tratamiento de las patologías (38). En este sentido, para llevar a cabo acciones de promoción de la salud eficaces, es necesario analizar las diferentes características de la población, teniendo en cuenta su contexto social para identificar las necesidades reales y, a la vez, potenciar las capacidades y fortalezas de los individuos (42).

La promoción de la salud debe operar a múltiples niveles y no solo limitarse al sector sanitario (43). En esta línea, la OMS establece el siguiente lema: “Comunidades, organizaciones, e instituciones trabajando juntas para crear condiciones y entornos que aseguren la salud y el bienestar para todas las personas, sin dejar a nadie atrás” (44). Esto implica la colaboración con organizaciones e instituciones no sanitarias como las de educación, servicios sociales o ayuntamientos, promoviendo la salud y el bienestar de manera inclusiva, con una participación activa de la comunidad. Por tanto, esto pone de manifiesto que el trabajo conjunto entre los profesionales sanitarios y la comunidad, facilita la identificación y el abordaje de los determinantes sociales que más afectan a la salud y a la calidad de vida de las personas; lo que favorece el desarrollo de políticas y/o programas bidireccionales, con capacidad para proporcionar una respuesta integral a las necesidades de la población (45,46).

acuerdo con las conferencias internacionales de Alma Ata 1978 y Astana 2018, el ámbito de AP es el entorno óptimo para llevar a cabo acciones de promoción de la salud. Desde la reforma sanitaria en España en los años ochenta, este mandato ha sido respaldado y reforzado en los sucesivos cambios legislativos, como la Ley 16/2003 y el Real Decreto 1030/2006.

El ámbito de AP, por su accesibilidad y su función vertebradora entre la comunidad y el sistema sanitario, es el modelo sanitario más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como el bienestar social. La AP se compone de tres elementos interconectados y sinérgicos. En primer lugar, destaca el conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban tanto las funciones asistenciales como las de salud pública. En segundo lugar, la AP está basada en políticas y acciones multisectoriales orientadas a abordar los determinantes sociales relacionados con la salud. Por último, la AP facilita el empoderamiento a través de la movilización de las personas, familias y comunidades para una mayor participación e implicación social, con el fin de lograr la autonomía de la comunidad en el autocuidado de su salud (47). De este modo, las autoridades sanitarias en España, con el objetivo de empoderar a la comunidad, reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud de la población (10,48), fomentan el desarrollo de acciones de promoción de la salud en AP mediante la puesta en marcha de AC.

2.2. HIPÓTESIS

1. Las AC pueden mejorar aspectos de la salud de las personas.
2. El desarrollo de AC en los centros de salud de Galicia es escaso y heterogéneo. La mayoría de AC no se registran y son llevadas a cabo por la iniciativa voluntaria de los profesionales.
3. Existen barreras a nivel institucional que limitan el desarrollo de las AC en la AP de Galicia.
4. Los estudiantes del Grado de Enfermería y los profesionales de AP presentan limitaciones formativas sobre las AC y su puesta en marcha.

3

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GENERALES

1. Sintetizar la evidencia disponible sobre AC y describir su impacto en la salud de las personas.
2. Analizar la implantación de las AC llevadas a cabo durante 2018-2022 en el área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza (ASSCB).
3. Identificar las barreras y facilitadores para la puesta en marcha de AC en la AP de Galicia.
4. Determinar el grado de: a) conocimiento, actitud y percepción de estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidade de Santiago de Compostela (USC) sobre AC; así como b) conocimiento, actitud y práctica de AC en profesionales del ámbito de AP de Galicia.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir y clasificar las AC llevadas a cabo durante 2018-2022 en el ASSCB.
2. Elaborar un registro de las AC realizadas en el ámbito de AP del ASSCB, durante 2018-2022.
3. Determinar los factores relacionados con el desarrollo de AC en AP en el ámbito universitario y profesional.

4

Metodología

4. METODOLOGÍA

Esta tesis consta de 4 artículos científicos publicados, siendo uno de ellos un artículo de revisión de la literatura y tres artículos originales, cuyos datos fueron recopilados en el ámbito de AP del SERGAS y en la facultad de enfermería de la USC. En cuanto a los artículos que conforman esta tesis, todos han sido publicados en revistas con revisión por pares e indexados en JCR.

1. Mosteiro-Miguéns DG, Rodríguez-Fernández A, Zapata-Cachafeiro M, Vieito-Pérez N, Represas-Carrera FJ, Novío Mallón S. **Community activities in primary care: a literature review**. J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>. Revista Q1 con un factor de impacto de 3,0 ocupando la posición 6/30 en la categoría “Primary Health Care” de JCR. Esta revisión se llevó a cabo para sintetizar la evidencia disponible sobre AC y describir su impacto en la salud de las personas.

2. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. **Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo**. Aten Primaria. 2025;57:103134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>. Revista Q2 con un factor de impacto de 1,8 ocupando la posición 110/329 en la categoría “Medicine, General & Internal” de JCR. Este estudio se llevó a cabo para analizar la implantación de las AC desarrolladas durante 2018-2022 en el ASSCB; así como determinar las barreras y facilitadores para su desarrollo.

3. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study**. Public Health Nurs. 2024;41:1144–53. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>. Revista Q2 con un factor de impacto de 1,7 ocupando la posición 80/193 en la categoría “Nursing” de JCR. Este estudio se llevó a cabo para determinar el grado de conocimiento, actitud y percepción sobre AC de estudiantes del Grado de Enfermería de la USC.

4. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study.** *Fam Pract.* 2025:cmae056. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>. Revista Q1 con un factor de impacto de 2,4 ocupando la posición 81/329 en la categoría “Medicine, General & Internal” de JCR. Este estudio se desarrolló para determinar el grado de conocimiento, actitud y práctica sobre AC en los profesionales del ámbito de AP de Galicia.

4.1 ARTÍCULO 1. COMMUNITY ACTIVITIES IN PRIMARY CARE: A LITERATURE REVIEW

- Este primer artículo, se relaciona con el objetivo 1: sintetizar la evidencia disponible sobre AC y describir su impacto en la salud de las personas.

Se realizó una revisión de la literatura de los artículos publicados hasta el 15 de noviembre de 2023 en las bases de datos TRIPDATABASE, MEDLINE, EMBASE y DIALNET. La estrategia de búsqueda utilizada en TRIPDATABASE, MEDLINE y EMBASE fue: (“community activity” OR “community program” OR “community intervention” OR “social prescription” OR “social prescribing” OR “social intervention”) AND (“primary care” OR “primary health care”). Además, los términos de búsqueda utilizados en DIALNET fueron: prescripción social, acción comunitaria, actividad comunitaria, intervención comunitaria e intervención en la comunidad.

Se incluyeron todos los artículos originales en los que la intervención cumplía la definición de AC (16). Se seleccionaron todos los trabajos originales sobre intervenciones, actividades y acciones comunitarias y/o PrS que se hubieran implementado en un entorno de AP, incluyeran un abordaje grupal en al menos una sesión y describieran algún tipo de evaluación de la intervención aplicada. Se excluyeron aquellos estudios de intervención breve o puntual cuya AC estuviera dirigida exclusivamente a profesionales, aquellos en los que la acción del equipo de AP se limitara únicamente a la captación de participantes, y aquellos en los que no se pudieran conocer los criterios de selección tras consultar al autor de correspondencia.

4.2 ARTÍCULO 2. ACTIVIDADES COMUNITARIAS REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE 2018 Y 2022: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

- Este artículo se relaciona con los objetivos 2 y 3: analizar la implantación de las AC llevadas a cabo durante 2018-2022 en el ASSCB; e identificar las barreras y facilitadores para la puesta en marcha de AC en la AP de Galicia.

Ámbito de estudio

El estudio fue desarrollado en Galicia, en los 74 centros de salud del ASSCB, una de las 7 áreas del SERGAS de la red pública del sistema sanitario español. En el año 2022, el ASSCB contaba con una población de referencia para AP de 442.618 ciudadanos, de los cuales el 24,1% eran mayores de 65 años.

Los centros de salud del ASSCB, pertenecen predominantemente al ámbito rural (85,1%). Estos se caracterizan por atender a un elevado porcentaje de pacientes pluripatológicos y de edad avanzada, cuya atención se ve dificultada por la dispersión geográfica característica del ámbito rural gallego (49,50). En este contexto sociodemográfico, cabe destacar que no existen datos a nivel institucional sobre las necesidades de la población mediante un diagnóstico de salud, ni tampoco la relación de activos de salud del área, en el periodo del estudio.

Recogida de datos

La información se recogió entre mayo de 2023 y enero de 2024. Para ello, se emplearon los siguientes métodos:

1. Cumplimentación de un cuestionario (**Anexo 1**) mediante entrevista telefónica a:
i) todos coordinadores/as de enfermería de los centros de salud del ASSCB (n=24) (en algunos casos los coordinadores/as eran responsables de varios centros), ii) los profesionales designados por éstos en caso de disponer de mayor conocimiento de la AC y iii) los jefes/as de servicio de los centros de salud (en caso de no recibir respuesta de los coordinadores/as de enfermería para el apartado de barreras y facilitadores).

El cuestionario (**Anexo 1**) fue elaborado por los investigadores principales a partir de la literatura científica (16,33,51,52). La validez de contenido fue evaluada por un panel de expertos formado por 10 enfermeros/as con formación en enfermería comunitaria y más de 5 años de experiencia laboral. Constaba de 33 preguntas,

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

2. Consulta de los registros internos disponibles sobre las AC llevadas a cabo entre 2018-2022, facilitados por la Subdirección de Enfermería de AP, del ASSCB.
3. Consulta de las páginas web disponibles sobre actividades de promoción de salud tanto de ámbito nacional (<http://www.alianzasaludcomunitaria.org/activos-para-la-salud/>; <https://pacap.net/buscador-rac/>) como de Galicia (<https://www.sergas.es/Sociosanitario/Accions-Comunitarias?idioma=es>).

Se incluyeron las AC pertenecientes a los niveles de trabajo 2 y 3 de acción comunitaria en AP (abordaje grupal y colectivo, respectivamente) (48), con participación del equipo de AP de los centros de salud del ASSCB e iniciadas o en desarrollo durante 2018-2022, incluyendo el periodo de pandemia por COVID-19. Se excluyeron aquellas actividades de las que no fue posible recopilar información y en las que el equipo de AP únicamente se limitó a la captación de participantes.

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

4.3 ARTÍCULO 3. KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PERCEPTIONS OF STUDENT NURSES REGARDING COMMUNITY ACTIVITIES IN PRIMARY CARE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

- Este artículo se relaciona con el objetivo 4a: determinar el grado de conocimiento, actitud y percepción sobre AC de estudiantes del Grado de Enfermería de la USC.

Ámbito de estudio y participantes

El estudio se realizó en la facultad de enfermería de la USC. El Grado de Enfermería se imparte en un periodo de cuatro años, concibiéndose el primer y segundo curso como primer ciclo, y el tercer y cuarto curso como segundo ciclo.

El estudio estaba dirigido a estudiantes matriculados en cualquiera de los cursos del Grado de Enfermería de la USC (Campus Santiago de Compostela) durante el año académico 2022-2023. La participación era voluntaria y no se ofrecía ningún incentivo por cubrir el cuestionario.

El tamaño de la población del estudio era de 570 en el momento de la investigación. Manteniendo la frecuencia esperada de todas las variables en el 50%, el tamaño de muestra deseable utilizando un intervalo de confianza del 95% resultó ser 307.

Recogida de datos

Los datos se recogieron entre el 15 de diciembre de 2022 y el 11 de abril de 2023. El cuestionario (**Anexo 2**), que se distribuyó en formato electrónico (Microsoft Forms) a través de redes sociales y grupos de mensajería instantánea, era anónimo y autocumplimentado, y no se ofreció ningún incentivo por cumplimentarlo. Para lograr incrementar la tasa de respuesta, se enviaron tres recordatorios (mediados de enero, febrero y marzo de 2023) durante el período en el que el cuestionario estuvo disponible para su cumplimentación. La recogida de datos finalizó cuando transcurrieron 7 días consecutivos desde el envío del último recordatorio sin recibir nuevas respuestas.

Cuestionario

El cuestionario (**Anexo 2**) fue diseñado específicamente para este fin y basado en la literatura científica existente (52,53). Se evaluó la fiabilidad y validez del cuestionario por panel de expertos. El cuestionario constaba de 33 ítems divididos en 4 secciones: la primera estaba compuesta por 13 preguntas cerradas sobre variables sociodemográficas, académicas y área de enfermería en la que le gustaría trabajar al participante, así como preguntas para conocer la formación y experiencia en AC; en la segunda y tercera sección se recogían datos sobre los conocimientos acerca de AC (9 preguntas cerradas), y sobre las actitudes de los participantes hacia la realización de dichas actividades (5 preguntas cerradas), respectivamente. Finalmente, la cuarta sección incluía 6 ítems para evaluar las percepciones sobre la implementación de AC en AP. En esta última sección se utilizó una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1= totalmente en desacuerdo, 5= totalmente de acuerdo).

4.4 ARTÍCULO 4. KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICE OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS REGARDING COMMUNITY ACTIVITIES: A DESCRIPTIVE STUDY

- Este artículo, se relaciona con el objetivo 4b: determinar el conocimiento, actitud y práctica sobre AC en profesionales del ámbito de AP de Galicia.

Ámbito de estudio y participantes

El estudio se llevó a cabo en el ámbito de AP del SERGAS. El SERGAS es un sistema público, universal y gratuito, financiado a través de los impuestos generales y las cotizaciones a la Seguridad Social. Se estructura en dos niveles asistenciales, la AP y la Atención Especializada y se divide territorialmente en 7 áreas sanitarias.

La AP en el SERGAS está conformada por 463 centros de salud (54) y 5427 profesionales (55), entre los que se encuentran las siguientes categorías profesionales: medicina de familia, enfermería general, enfermería especializada (Obstétrico-ginecológica, Pediatría, Familiar y Comunitaria, Salud Mental), profesionales sanitarios en formación sanitaria especializada (Enfermero/a Interno Residente, Médico/a Interno Residente), trabajo social, entre otros.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante la autocumplimentación de un cuestionario online (**Anexo 3**) de 10 minutos de duración, a través de Microsoft Forms. Se distribuyó el enlace del cuestionario a través de los correos electrónicos corporativos de los profesionales de AP del SERGAS, entre diciembre de 2022 y junio de 2023. También se complementó la difusión mediante mensajería instantánea (Whatsapp y Telegram). La recogida de datos finalizó cuando transcurrieron 10 días consecutivos sin obtener nueva información. Los cuestionarios fueron anónimos y no se ofreció ningún incentivo por participar.

En el momento en el que se desarrolló la investigación, el tamaño de la población de estudio era de 5427 profesionales (55). Manteniendo la frecuencia esperada de todas las variables en un 50%, el tamaño de la muestra deseable utilizando un intervalo de confianza del 95% fue de 436. Sin embargo, teniendo en cuenta un porcentaje de no respuestas o de cumplimentación incompleta de los cuestionarios del 15%, el tamaño final deseado de la muestra se estimó en 502 profesionales.

Cuestionario

El cuestionario (**Anexo 3**) fue elaborado por los investigadores a partir de la revisión de la literatura científica (51–53). Se realizó una prueba piloto con 10 participantes ajenos al estudio para evaluar la claridad y comprensión de los ítems. Los resultados de la prueba piloto indicaron una buena comprensión de las preguntas por lo que solo se realizaron cambios mínimos tras la prueba.

El cuestionario estaba formado por 34 preguntas obligatorias distribuidas en 4 secciones: (i) conocimientos sobre AC; (ii) actitudes hacia el desarrollo de AC; (iii) práctica con AC y (iv) variables sociodemográficas y laborales. Todos los apartados incluían preguntas cerradas, a excepción del apartado de actitudes, que estaba formado por preguntas con una escala Likert con 5 opciones de respuesta (siendo 1 = muy en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo).

4.5 ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se expresaron como distribución de frecuencias y porcentajes en el caso de las variables categóricas, y como mediana y desviación estándar en el caso de las variables cuantitativas. La normalidad se comprobó mediante pruebas numéricas (coeficiente de asimetría; curtosis; relación entre media, mediana y moda; prueba de Kolmogorov-Smirnov) y gráficas (gráfico Q-Q).

Para el análisis de variables cualitativas se empleó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa informático IBM SPSS Statistics (versión 27), con un nivel de significación de 0,05.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de estudio fue evaluado por el Comité de ética de Santiago-Lugo el 20 de julio de 2022 (2022/277) (**Anexo 4**). Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos y la finalidad del estudio, de la voluntariedad a la hora de responder al cuestionario, así como de las personas responsables de la investigación. Se garantizó la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018).

5

Resultados

5. RESULTADOS

5.1. ARTÍCULO 1

Mosteiro-Miguéns DG, Rodríguez-Fernández A, Zapata-Cachafeiro M, Vieito-Pérez N, Represas-Carrera FJ, Novío Mallón S. **Community activities in primary care: a literature review**. J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>. Revista Q1 con un factor de impacto de 3,0 ocupando la posición 6/30 en la categoría “Primary Health Care” de JCR.

La figura 1 muestra el proceso de búsqueda y los resultados obtenidos en relación con las AC desarrolladas en AP. Una vez eliminados todos los resultados duplicados, se identificaron 1.912 referencias y, tras la aplicación de los criterios de selección preestablecidos, se seleccionaron finalmente un total de 30 trabajos.

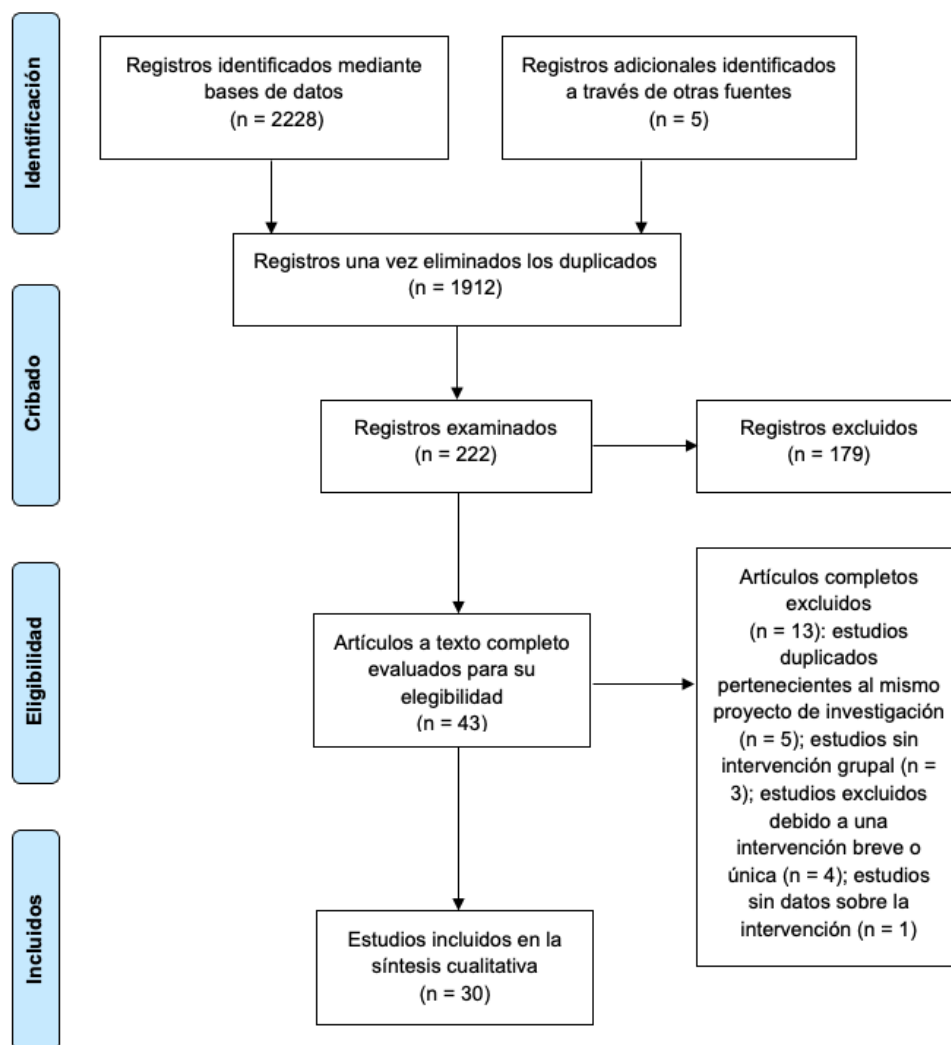


Figura 1. PRISMA 2009 diagrama de flujo de los estudios originales incluidos en la revisión.

Los principales aspectos a destacar en relación a las AC identificadas son: impacto en la salud de las AC, características de las AC, personal involucrado en su desarrollo, nivel de participación del equipo de AP, población destinataria y tipo de participación de los participantes.

Impacto en la salud de las AC

Las AC fueron eficaces en 22 de los 30 estudios seleccionados, de los cuales 7 tuvieron un efecto positivo sobre los estilos de vida (22,27,56–60), 3 sobre la condición física (28,61,62), 4 sobre la conducta de autocuidado (23,63–65), 1 sobre la relación médico-paciente (66), 4 sobre el rendimiento cognitivo o la salud mental (25,26,67,68), 5 sobre la calidad de vida (24,26,69–71) y 3 en cuanto a la mejora de los conocimientos sobre el tema abordado con la AC (72–74).

En todos los estudios se llevó a cabo una evaluación de proceso (mediante el seguimiento de la asistencia) y de resultado. Sin embargo, únicamente 6 estudios analizaron la opinión y/o satisfacción de los participantes con la AC (26,59,64,66,72,75).

Características de las AC

Los temas más frecuentemente abordados en las AC fueron los estilos de vida saludables y la promoción de la salud (59,73,76), la actividad física (28,56,62,67,70), las enfermedades cardiovasculares o sus factores de riesgo (27,57,72), la diabetes (23,62,67,77), y la obesidad infantil (58,78). Únicamente 8 estudios formaban parte de un proyecto comunitario (23,26,27,59,61,64,69,77) y sólo se identificaron 2 AC basadas en PrS exclusivamente (56,57).

Personal involucrado en el desarrollo de las AC

En la mayoría de AC participaron profesionales de medicina y enfermería (23,24,26–28,57,58,62,63,65,67,70–73,75,76,78) y de servicios sociales (62,63,70,71,75,76). Además, también se vieron implicados otros perfiles tan variados como profesionales de la actividad física (24,27,62,65,70), profesores (22), y agentes comunitarios de barrios y ayuntamientos (23,26,69,71). Asimismo, se utilizó la figura del «paciente experto» (un paciente que padece el problema de salud abordado en la AC aporta sus puntos de vista y experiencia al resto de participantes) (72).

Nivel de participación del equipo de AP

El equipo de AP participó tanto en la captación de participantes como en el desarrollo y evaluación de las AC en 17 de los 30 estudios seleccionados (23–26,28,59,60,62,65,70–77).

Población destinataria y tipo de participación de los participantes

Los estudios se realizaron en España (20), Canadá (5), EE.UU. (2), Cuba (1), Hong Kong (1) y Suecia (1). La población destinataria a la que iban dirigidas las AC era diversa, y dependía a su vez del tema y objetivo propuestos por la AC (Tabla 1).

En cuanto al tipo de participación, 26 estudios describieron un tipo de participación pasiva, y sólo en 4 estudios los participantes desempeñaron un rol participativo activo (autogestión como miembros de grupos de trabajo en el contexto de un enfoque de investigación participativa basada en la comunidad (“CBPR”) (58), autogestión en

actividades de senderismo (69), asesoramiento al equipo de investigación (23) y a través del “paciente experto” (72)).

Tabla 1. Características de las AC incluidas en la revisión.

Autor, año (referencia)	País	Tema	Objetivo de la AC
Calderón Larrañaga et al, 2019 (22)	España	Salud oral	Evaluar la eficacia de un programa de promoción de la salud para mejorar los conocimientos y comportamientos
Yous et al, 2023 (23)	Canadá	Autocuidado en diabetes	Evaluar las experiencias y el impacto en la salud del “Programa de Asociación Comunitaria de la Unidad de Investigación sobre Envejecimiento, Comunidad y Salud” (“ACHRU-CPP”)
López-Téllez et al, 2022 (24)	España	Actividad física, hábitos saludables y actividades sociales	Evaluar la eficacia de un programa de actividad física y social
Gómez-Soria et al, 2021 (25)	España	Deterioro cognitivo	Evaluar la efectividad de una intervención basada en la estimulación cognitiva
Lapena et al, 2022 (26)	España	Aislamiento social	Evaluar la efectividad de la intervención “Escuela de Salud para Personas Mayores”
Arija et al, 2017 (27)	España	Prevención de enfermedades cardiovasculares	Evaluar la efectividad de un programa basado en actividad física
Mosteiro-Miguéns et al, 2022 (28)	España	Condición física funcional y calidad de vida	Evaluar la efectividad de una intervención de actividad física
Galaviz et al, 2013 (56)	Canadá	Actividad física	Evaluar la eficacia de una intervención para promover la actividad física
Björkelund et al, 1994 (57)	Suecia	Riesgo cardiovascular	Evaluar la eficacia de una intervención de modificación del estilo de vida
Livingood et al, 2017 (58)	Estados Unidos	Obesidad infantil	Evaluar la utilidad de las intervenciones de comunicación digital
Pons-Vigués et al, 2019 (59)	España	Hábitos saludables (Proyecto EIRA)	Evaluar la efectividad de una intervención de promoción de la salud
Gorguet Pi et al, 2010 (60)	Cuba	Consumo de alcohol y violencia física	Evaluar el impacto de una intervención comunitaria
Pérez-Bazán et al, 2019 (61)	España	Funcionalidad del anciano frágil	Evaluar el impacto de una intervención multidisciplinar sobre la función física
López-Martí et al, 2021 (62)	España	Condición física funcional	Evaluar la efectividad de un programa de envejecimiento activo
Chan et al, 2011 (63)	China	Autocuidado en enfermedades crónicas	Evaluar la eficacia de un programa para mejorar el autocuidado
Bhatti et al, 2021 (64)	Canadá	Autodeterminación	Explorar el impacto de una prescripción social en la salud y el bienestar de los pacientes
Ariza Copado et al, 2011 (65)	España	Diabetes Mellitus II	Evaluar el control metabólico y los factores de riesgo cardiovascular
Lussier et al, 2015 (66)	Canadá	Manejo del paciente crónico	Evaluar la eficacia de los enfoques educativos basados en “e-Learning WEB” en la comunicación médico-paciente

Autor, año (referencia)	País	Tema	Objetivo de la AC
Miklavcic et al, 2020 (67)	Canadá	Diabetes Mellitus II	Evaluar el efecto de una AC sobre el funcionamiento físico, la salud mental, los síntomas depresivos, la ansiedad, la autoeficacia, el autocuidado y los costos en salud
Calatayud et al, 2020 (68)	España	Deterioro cognitivo	Analizar la eficacia de un programa de estimulación cognitiva
Martín-Doménech et al, 2021 (69)	España	Actividad física	Evaluar la eficacia de la prescripción de actividad física para mejorar la autoestima y la calidad de vida relacionada con la salud
López-Téllez et al, 2012 (70)	España	Actividad física y calidad de vida	Evaluar la efectividad de un programa sociomotriz
Rodríguez-Romero et al, 2021 (71)	España	Soledad	Evaluar el impacto de la AC en la soledad, la depresión percibida, el apoyo social y la calidad de vida
Madridejos Mora et al, 2014 (72)	España	Salud cardiovascular	Evaluar la eficacia de un programa de formación complementado con un sitio web y actividades comunitarias para mejorar los conocimientos
González González et al, 2016 (73)	España	Promoción de la salud	Evaluar la efectividad de un programa de educación para la salud para mejorar los conocimientos
López Castañón et al, 2012 (74)	España	Osteoporosis	Evaluar la efectividad de un programa de educación para la salud
Pujiula Blanch et al, 2010 (75)	España	Prevención de caídas	Evaluar la eficacia de un programa de intervención multifactorial basado en la comunidad
Camps et al, 2017 (76)	España	Hábitos saludables	Evaluar la efectividad de una intervención basada en estilos de vida saludables para reducir el peso corporal
Represas-Carrera et al, 2021 (77)	España	Diabetes Mellitus (Proyecto EIRA)	Evaluar la efectividad de una intervención multicomponente sobre el control glucémico
Arauz Boudreau et al, 2013 (78)	Estados Unidos	Obesidad infantil	Evaluar la viabilidad y eficacia de una intervención para controlar el peso corporal

AC: Actividad comunitaria.

5.2 ARTÍCULO 2

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. **Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo.** *Aten Primaria.* 2025;57:103134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>. Revista Q2 con un factor de impacto de 1,8 ocupando la posición 110/329 en la categoría “Medicine, General & Internal” de JCR.

Se identificaron un total de 95 AC desarrolladas en el ASSCB entre 2018 y 2022. Estas se llevaron a cabo únicamente en 21 (28,4%) de los 74 centros de salud del ASSCB. La figura 2 muestra el proceso de identificación y selección de las AC incluidas en el estudio.

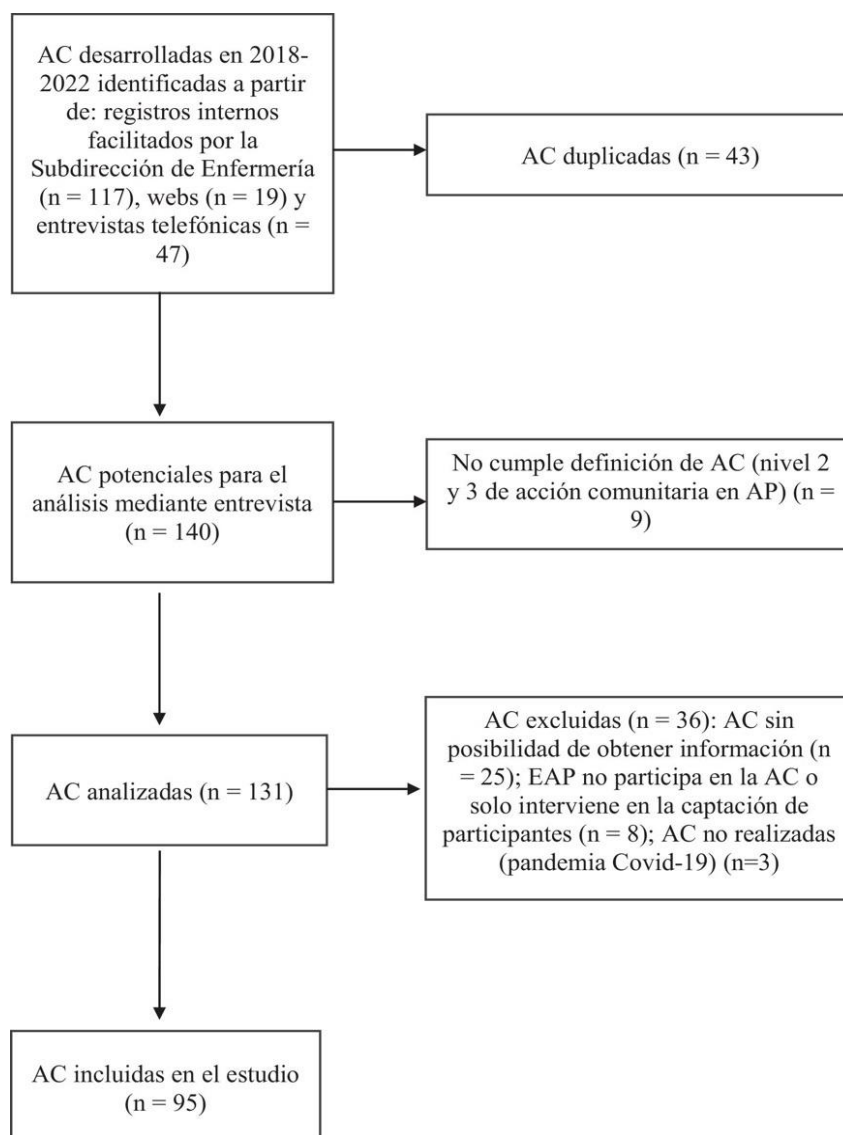


Figura 2. Proceso de identificación y selección de las AC desarrolladas durante 2018-2022 en los centros de salud del ASSCB. AC: Actividad comunitaria; AP: Atención primaria; EAP: Equipo de atención primaria.

Características de las AC

La mayoría de las AC identificadas se desarrollaron de manera puntual (sin periodicidad establecida) (72,6%), con una única sesión (67,4%) en los años 2018 (13,7%), 2019 (38,9%) y 2022 (32,6%). Las AC fueron llevadas a cabo sin financiación (92,6%) en los centros de salud (55,8%) y centros educativos (22,1%), mediante charlas de educación para la salud (69,1%) y talleres (10,9%). Los temas más frecuentemente tratados fueron actividad física, educación sexual, alimentación y nutrición, salud en la mujer y primeros auxilios (53,0%). En las AC conformadas por más de una sesión (21,1%), no fue posible identificar los motivos de abandono de los participantes.

Personal involucrado en el desarrollo de las AC

La colaboración con asociaciones estuvo presente en aproximadamente una cuarta parte de las AC (24,2%) y únicamente el 9,5% de las AC fueron iniciadas a nivel intersectorial (sectores no sanitarios como educación, servicios sociales, agentes comunitarios, etc). En cuanto al tipo de profesional, destaca la categoría de enfermería, en particular especialista, tanto en participación (28,6%) como en liderazgo de las AC (34,3%).

Nivel de participación del equipo de AP

La mayoría de AC surgieron por iniciativa de los profesionales de AP (81,1%), principalmente de manera individual (50,5%), quienes se encargaban de la captación de los participantes (58,0%) en los propios centros de salud (66,7%). Entre estos profesionales, el 62,4% se implicó tanto en la captación como en el desarrollo de la AC lo que se vio facilitado por la adaptación de sus agendas laborales (68,4%).

Población destinataria y tipo de participación de los participantes

Las intervenciones estaban dirigidas a población general (22,2%), familias (16,2%), adolescentes o personas con enfermedades concretas (13,1%). Las AC se desarrollaron en grupos de hasta 40 personas (≤ 20 personas=38,9%; >20 a 40 personas=15,8%), con una participación pasiva de los asistentes en todos los casos (100%).

Impacto en la salud de las actividades comunitarias

La mayoría de las AC no fueron evaluadas (76,8%) y no pudo objetivarse el impacto en la salud de los participantes. Entre las AC evaluadas, se empleó principalmente la evaluación de proceso con encuesta de satisfacción (11,6%).

Barreras y facilitadores para el desarrollo de actividades comunitarias

La tabla 2 muestra las barreras y facilitadores para el desarrollo de AC identificadas en la presente investigación.

Tabla 2. Barreras y facilitadores para el desarrollo de AC identificadas por los coordinadores/as de enfermería, jefes/as de servicio y profesionales que lideraron AC (n=27), en el ámbito de AP del ASSCB.

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

AC: Actividad comunitaria.

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

^b Motivación del personal secundaria a la acreditación de los centros de salud como centro docente y/o a la disponibilidad de medios para la difusión de las AC (ej. radio), Desarrollo de AC en horario laboral, Incentivos económicos a los referentes de AC, Programación de AC en agendas, Aumento de la formación en pedagogía de los profesionales porque mejora las habilidades para su puesta en marcha, Disponibilidad de asesoramiento a demanda, Compensación de la jornada laboral si la AC se realiza fuera del horario laboral

5.3. ARTÍCULO 3

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study.** Public Health Nurs. 2024;41:1144–53. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>. Revista Q2 con un factor de impacto de 1,7 ocupando la posición 80/193 en la categoría “Nursing” de JCR.

Descripción de la muestra

Un total de 152 estudiantes del Grado de Enfermería de la USC participaron en el estudio. La mayoría fueron mujeres (85,5%) y estudiantes de primer año (39,5%), con una edad media de 20 años ($\pm 6,9$).

Conocimientos de los estudiantes de enfermería sobre las AC

Únicamente el 15,1% supo identificar un ejemplo de AC correctamente. Asimismo, más de la mitad de los participantes (59,8%) no estaba seguro de la diferencia entre AC y actividad de promoción de la salud, mostrando escaso conocimiento sobre PrS (85,5%) y activos de salud (76,6%). Sin embargo, la mayoría (88,2%) tenía claro que existía evidencia que demostraba que estas actividades generaban un impacto positivo en la salud. Si bien los alumnos de segundo ciclo tuvieron mejores resultados, únicamente hubo diferencias significativas en tres de las preguntas planteadas sobre el tema: los alumnos de segundo ciclo identificaron mejor los lugares idóneos para desarrollar AC, conocían mejor el impacto en la salud de las AC, así como la definición de activos comunitarios (Tabla 3).

Actitudes hacia las AC

Casi el 90,0% de los participantes estaría dispuesto a participar en AC, siendo enfermería la categoría profesional que, en su opinión, debería asumir el liderazgo de las AC. Además, el 61,2% de los participantes estarían interesados en ampliar su formación sobre AC, para mejorar sus conocimientos en este ámbito.

Percepciones sobre las AC

El 64,4% de los participantes expresaban que estaban de acuerdo o muy de acuerdo en que la implementación de las AC en los centros de salud era nula, que no se realizaban de manera estandarizada (50,0%) y que no estaban lo suficientemente incentivadas por las instituciones (42,1%). Además, los participantes consideraban que la formación de los profesionales contribuiría al desarrollo de las AC (90,8%).

Tabla 3. Diferencias de conocimiento sobre AC entre los estudiantes de enfermería de primer ciclo (1er y 2do curso) y segundo ciclo (3er y 4to curso) (n=152).

	Correcta n (%)	Incorrecta n (%)	P
Son conscientes de que las AC generan un impacto positivo para la salud			
Primer ciclo	50 (75,7)	16 (24,2)	<0,001
Segundo ciclo	84 (97,7)	2 (2,3)	
Lugares posibles en los que desarrollar AC			
Primer ciclo	45 (68,2)	21 (31,8)	<0,001
Segundo ciclo	80 (93,0)	6 (7,0)	
Definición correcta de “activos comunitarios”			
Primer ciclo	1 (1,5)	65 (98,5)	0,007
Segundo ciclo	12 (13,9)	74 (86,0)	

AC: Actividad Comunitaria.

5.4. ARTÍCULO 4

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study.** Fam Pract. 2025:cmae056. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>. Revista Q1 con un factor de impacto de 2,4 ocupando la posición 81/329 en la categoría “Medicine, General & Internal” de JCR.

Descripción de la muestra

Un total de 521 profesionales de AP del SERGAS participaron en el estudio. La muestra estuvo formada principalmente por mujeres (82,9%), con una edad media de 44,7 años. La mayoría de los participantes eran enfermeros/as generales (39%), médicos/as de AP (21,5%) y enfermeros/as especialistas en AP (9,6%), con una experiencia media en AP de 10,9 años (Tabla 4).

Conocimientos sobre las AC

La mayoría de los participantes (76,4%) conocía la definición de AC y era consciente del impacto positivo en la salud de estas intervenciones (80%). Sin embargo, solo el 14,8% fue capaz de identificar el ejemplo correcto de AC. Además, solo el 32,6% de los participantes afirmó conocer la PrS y; de estos, únicamente el 12,5% identificó correctamente el ejemplo de PrS referido. Asimismo, menos de un tercio de los encuestados (30,7%) conocía los activos comunitarios disponibles en su área de trabajo.

Actitudes hacia las AC

La mayoría de los participantes se mostraron receptivos a participar en las AC, tanto para las propuestas por sus compañeros (82,3%) como por la dirección del centro (70,8%). Asimismo, cerca del 70% creía que el abordaje comunitario basado en AC en AP no estaba lo suficientemente desarrollado y que dependía del voluntarismo de los profesionales. Así, la gran mayoría (93,5%) consideraba necesario aumentar la difusión de las AC así como fomentar la participación ciudadana. Por otra parte, el 84,5% consideraba que la figura de un profesional referente en los centros de salud podría facilitar la estandarización de las AC.

Práctica relacionada con el desarrollo de AC

La mayoría de los participantes afirmaron que la implantación de las AC desde AP era nula (93,9%), no estaba estandarizada (77,5%) y no contaba con el apoyo necesario de las administraciones para posibilitar su desarrollo (74,3%). Además, solo el 34,9% afirmó haber participado en alguna AC en los últimos cuatro años, siendo la categoría de Enfermería Familiar y Comunitaria los profesionales que más participaron. Por otro lado, solo el 23,2% había recibido formación específica en este campo en los últimos 4 años, aunque la gran mayoría de los profesionales (90,6%) estarían dispuestos a realizar más formación.

Tabla 4. Principales características sociodemográficas y laborales de los profesionales de AP del SERGAS (n=521).

Item	n=521
Edad (años), M (DE) y Med (RI)	44,7 (12,8) 46 (33-55)
Experiencia en AP (años), M (DE) y Med (RI)	10,9 (11,7) 5 (2-17)
Sexo, n (%)	
Femenino	432 (82,9)
Masculino	89 (17,1)
Profesión, n (%)	
Enfermero/a Interno Residente (EIR)	28 (5,4)
Enfermero/a	203 (39,0)
Enfermero/a especialista Familiar y Comunitaria	50 (9,6)
Enfermero/a especialista Pediatría	11 (2,1)
Enfermero/a especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	19 (3,6)
Enfermero/a especialista Salud Mental	1 (0,2)
Médico/a (adjunto)	112 (21,5)
Médico/a Interno Residente (MIR)	38 (7,3)
Trabajador/a social	11 (2,1)
Otros	48 (9,2)

AP: Atención Primaria; DE: Desviación estándar; M: Media; Med: Mediana; RI: Rango intercuartílico.

6

Discusión

6. DISCUSIÓN

6.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las AC en el ámbito de AP son una herramienta útil para el abordaje proactivo de las enfermedades crónicas. Estas intervenciones, diseñadas para fomentar la participación activa y empoderar a la comunidad en su autocuidado, han demostrado ser efectivas para mejorar diferentes aspectos de la salud. Entre sus beneficios se ha visto que ayudan al control glucémico en pacientes diabéticos (23), a la reducción del sedentarismo (79), a la adopción de hábitos alimentarios más saludables (80), así como a la mejora del estado emocional (81) y de la calidad de vida (69), pero se desconoce el alcance real de su potencial. Además, su puesta en marcha en el ámbito de AP es limitada y, en muchos casos, depende del voluntarismo de los profesionales de AP (32) desconociéndose el nivel de capacitación que poseen para llevarlas a cabo. Esto ha propiciado que las AC, incluso en países como España, donde la AP está entre las “más fuertes” de Europa (82), se desarrollen sin ningún tipo de estandarización y que se carezca de un registro formal, limitando su conocimiento en el ámbito de AP. La presente tesis doctoral ha contribuido a dilucidar estos aspectos hasta el momento desconocidos sobre las AC realizadas en Galicia.

Tras una revisión de la literatura, se pudo concretar que las AC llevadas a cabo por equipos de AP, quienes desempeñaban un papel activo en su implementación mientras los participantes asumían un rol pasivo, no sólo resultaban beneficiosas para la esfera física de los participantes, sino también para su esfera psicológica, especialmente en pacientes con enfermedades cardiovasculares y diabetes, así como en la promoción de hábitos saludables y de actividad física (29). El esclarecimiento de qué AC son más efectivas para ser llevadas a cabo en AP, contribuirá a que los profesionales de la salud puedan realizar estas intervenciones con mayores perspectivas de éxito (36).

Tomando de base los resultados derivados de dicha revisión, seguidamente la investigación se dirigió a conocer la situación en el SERGAS, donde el doctorando desarrolla su actividad laboral. El análisis de las AC realizadas en el ASSCB evidenció que en el transcurso de 5 años (2018-2022) se habían implementado 95 AC, las cuales se caracterizaban por su desarrollo de carácter puntual, fruto de la iniciativa de los

profesionales, con participación pasiva de los asistentes y escasa implicación de agentes comunitarios (83). Estos hallazgos vinieron a corroborar que a pesar de las recomendaciones de organismos internacionales de integrar las AC en las carteras de servicios de AP (12,31), las AC continuaban siendo iniciativas aisladas en lugar de estrategias estructuradas y permanentes (84).

Dada la escasez de AC en el ASSCB, y con vistas a favorecer su promoción en AP, se investigaron las potenciales medidas facilitadoras para lograr su implantación reglada, un requisito indispensable para conseguir un desarrollo efectivo (85). Los coordinadores/as de enfermería, jefes/as de servicio y/o profesionales que lideraron las AC destacaron la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de AP en AC (83). Por otra parte, el escaso conocimiento sobre AC fue un hecho corroborado no sólo en el estudio de los profesionales de AP del SERGAS (86), sino también en el de los estudiantes del Grado de Enfermería (87). A pesar de esta barrera común, tanto los profesionales de AP (75) como los futuros enfermero/as (76) eran conscientes de los beneficios de las AC para la salud, y mostraron una alta receptividad para participar e involucrarse más en este tipo de actividades.

Artículo 1. Community Activities in Primary Care: A literature review

Hasta donde sabemos, el estudio Mosteiro-Miguéns et al., 2024a es la primera revisión que analiza el impacto de las AC realizadas en AP, sin restricciones en cuanto a población diana, tema o tipo de participación de los asistentes. Nuestros resultados muestran que las AC tienen un impacto positivo en la salud de las personas. Concretamente, pueden mejorar la esfera física y psicológica de los participantes, así como el nivel de conocimientos sobre el tema abordado. Los temas más frecuentes de las AC identificadas son hábitos saludables, actividad física, enfermedades cardiovasculares y diabetes; con una participación pasiva de los participantes en la mayoría de los casos.

En esta revisión se seleccionaron aquellas AC en las que el papel del equipo de AP no se limitaba exclusivamente a la selección de los participantes, sino que estos debían intervenir activamente en el desarrollo y/o evaluación de la AC. Consideramos que este criterio es esencial para reflejar el potencial del equipo de AP como promotor de conductas saludables en la comunidad. Por otro lado, el hecho de que esta revisión no restringiera el tipo de participación de los asistentes permitió constatar que la mayoría de AC desarrolladas en AP son con participación pasiva. Esto complementa la evidencia disponible sobre las características de las AC, hasta el momento únicamente estudiadas las de participación activa de los asistentes, reflejando así la implicación real de la comunidad

para este tipo de intervenciones. Además, la presente revisión se centró en aquellas AC con algún tipo de evaluación, con el objetivo de sintetizar el impacto y utilidad de las AC en función de los resultados alcanzados (88).

Otro de los aspectos diferenciadores de la presente revisión es que incluye un tipo de AC clave en la actualidad como es la PrS. En ella, los participantes son seleccionados para la intervención tras la derivación por parte de un miembro del equipo profesional, quien valora la idoneidad y la motivación del paciente para la actividad, optimizando con esto las opciones de éxito para así obtener el mayor beneficio posible con la actividad (45,89). A pesar de incurrir en un posible sesgo de selección, que podría socavar la calidad evaluativa de estas actividades (90), la preselección de la población diana podría mejorar la eficacia de este tipo de intervenciones en comparación con el resto de AC (91).

La realización de AC requiere la aplicación de un método uniforme (92). Sin embargo, los estudios analizados en la presente revisión constatan la existencia de heterogeneidad para el desarrollo de este tipo de intervenciones. Esto coincide con estudios relacionados que describen falta de estandarización y déficits metodológicos en el diseño, puesta en marcha y selección de la población diana (16,32,52,93–96). En esta línea, la mayor parte de las AC identificadas no forman parte de ningún proyecto de salud comunitaria, lo que demuestra que su implementación podría deberse al voluntarismo de los propios profesionales (33) y no a un proyecto estandarizado que asiente, guíe y homogenice las bases para un desarrollo de AC reglado en el ámbito de AP (92,97). Esto es importante ya que la evidencia señala que contar con proyectos de promoción de la salud comunitaria estratégicos, sientan las bases para la implementación institucionalizada de las AC (92,97). Por otro lado, resulta destacable que solo una minoría de AC identificadas en la presente revisión incluyera una evaluación de la opinión y/o satisfacción de los participantes. Este aspecto es crucial ya que la retroalimentación directa de los participantes permite adaptar las AC a las necesidades reales de la comunidad. Incorporar mecanismos sistemáticos de evaluación de la satisfacción y percepción de los participantes debería considerarse una práctica inherente al desarrollo de AC. Esto ayudaría a optimizar el diseño de futuras AC y contribuiría a su aceptación y sostenibilidad a largo plazo (36,85).

Estudios previos han identificado que los motivos de abandono descritos por los participantes para este tipo de intervenciones son variados (98), tal y como se observa en la presente revisión. En este sentido, la adherencia de la población diana puede estar determinada por el tipo de profesional que lidera la AC (99); así como por la existencia de personal de enlace entre el sistema sanitario y AP (100). Es importante tener en cuenta

estos aspectos en el diseño y desarrollo de las AC, ya que tanto la adherencia como la motivación de los participantes son aspectos relacionados con la obtención de mejores resultados en salud y su consiguiente éxito (101,102).

Cabe destacar que la mayoría de los estudios seleccionados en la presente revisión se han realizado en España, lo que puede sugerir que un sistema sanitario como el español, articulado en dos niveles asistenciales (AP y especializada), favorece la realización de AC dirigidas a la promoción de conductas saludables (103). Asimismo, la financiación pública del sistema sanitario español, junto con su carácter descentralizado, representa un elemento facilitador para el impulso de actividades basadas en la participación comunitaria (104).

Con las recomendaciones internacionales sobre la necesidad de mejorar la participación de la comunidad por su impacto positivo para la salud (105), las administraciones de otros países intentan otorgar un papel más protagonista a la participación comunitaria a través de diferentes estrategias (106). Por ejemplo, en Reino Unido existen los “Observatorios de salud”, organismos creados para velar por las personas en materia de salud y asistencia social (107,108). En Países Bajos, mediante las “Cooperativas de Cuidados”, el gobierno promueve la implicación ciudadana para fomentar el autocuidado en salud y reducir el gasto público (109). En Irlanda existen las denominadas “Iniciativas de Participación Comunitaria Conjunta”, creadas para apoyar proyectos que fomenten la participación comunitaria en AP a grupos marginales, a través de equipos específicos para el abordaje comunitario (110). De la misma manera, en Francia, Grecia e Italia existen las denominadas “Clínicas Sociales”, constituidas para abordar las desigualdades sociales y sanitarias mediante enfoques colaborativos intersectoriales (111).

La implementación de estas estrategias de participación comunitaria en los distintos países no está exenta de dificultades (112). Entre ellas, destaca la relación de jerarquía de los profesionales hacia los agentes de la comunidad (105), así como la falta de sistemas de evaluación específicos para este tipo de iniciativas (113).

Artículo 2. Actividades Comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo

El estudio Mosteiro-Miguéns et al., 2025a es el primer estudio desarrollado en Galicia que identifica, describe y analiza las AC en el ámbito de AP; así como las barreras y facilitadores para su desarrollo. Los resultados muestran que la mayoría de las AC no tienen continuidad, se desarrollan por iniciativa de los profesionales, con participación pasiva de los asistentes y escasa colaboración intersectorial. Asimismo, se identificó la

flexibilización de las agendas de los profesionales como el factor común que facilita el desarrollo de AC en AP.


El desarrollo de AC se vio frenado durante los años 2020 y 2021 debido a las restricciones establecidas para hacer frente a la pandemia SARS-CoV-2 (114). Sin embargo, se observó un aumento de su desarrollo en 2019 (casi por triplicado) en comparación con 2018, recuperando la tendencia en 2022. Este incremento refleja el interés creciente y destaca la importancia y aceptación progresiva de las AC en el ámbito de la AP gallega.

A pesar de esta evolución aparentemente favorable, no debiera pasar desapercibido el carácter puntual con el que este tipo de AC se llevaron a cabo, lo que vendría a ratificar el hecho de que en AP predominan las actividades concretas y aisladas (115). Si bien, ha sido sugerido que la falta de continuidad de intervenciones sanitarias podría atribuirse a la adopción de estrategias de implementación deficientes (116), la falta de financiación específica detectada en el presente estudio no debiera tampoco ser obviada, ya que podría suponer una limitación para su desarrollo. En este sentido, la financiación insuficiente puede transmitir un mensaje de desinterés o falta de compromiso por parte de las autoridades sanitarias, lo que puede generar desconfianza y desánimo entre los promotores de las AC, afectando a la eficacia y sostenibilidad de estas intervenciones. Asimismo, resulta alarmante el reducido número de AC que fueron evaluadas. Esta carencia podría menoscabar la capacidad de tomar decisiones objetivas sobre qué intervenciones priorizar y cuáles prescindir (efecto coste-oportunidad), desestimando las prácticas de bajo valor (117). A su vez, esta falta de evaluación sistemática identificada también puede limitar la capacidad de ajustar las intervenciones para maximizar su eficacia (31,33). La evaluación no debe verse como una tarea adicional, sino como un componente esencial que proporciona datos imprescindibles para mejorar el desarrollo de AC.

La mayor parte de las AC identificadas en el estudio Mosteiro-Miguéns et al.,2025a no forman parte de ningún proyecto de salud comunitaria, lo que demuestra que su implementación podría deberse al voluntarismo de los propios profesionales (33). Esto, sumado a la participación pasiva de los asistentes y a la escasa implicación intersectorial identificadas, vendría a constatar que en el SERGAS persiste el modelo biomédico tradicional (118), con programas comunitarios unidireccionales que pudieran no contemplar las necesidades reales ni el contexto específico de la comunidad (42). Si bien este enfoque en el cual el equipo de AP lleva a cabo promoción de la salud independientemente de la participación y/o necesidades concretas del territorio, como por ejemplo a través de charlas y/o diálogos, pudieran resultar beneficiosos para la salud

(119,120); dicho enfoque paternalista, en el cual los profesionales se posicionan como los únicos expertos, reduce el protagonismo de la comunidad y el potencial impacto de las AC (52). Para evitarlo, es necesario integrar a los agentes comunitarios en AP con el fin de abordar de forma proactiva los problemas y necesidades de la comunidad (121), con herramientas estandarizadas que ayuden a fomentar y evaluar la participación comunitaria (122) en todas las fases del desarrollo de la AC (52). Además, la implicación de los agentes comunitarios permite comprender mejor cuáles son las necesidades específicas de la comunidad y así adaptar, en base a su conocimiento, las estrategias de autocuidado convenientes. Esto puede facilitar la creación de redes de apoyo que permitan el acceso a los recursos o activos de salud de la zona (123), a partir de los cuales promover el desarrollo de programas comunitarios sostenibles a largo plazo (124). Esto es esencial para involucrar a la población e incrementar el impacto en la salud de las AC (125).

Dado que los tiempos de la comunidad suelen diferir de los establecidos por los servicios de salud, que los profesionales puedan adaptar los horarios de sus consultas para dedicarse al abordaje comunitario, facilitaría el desarrollo de AC (126). Esto se refrenda con el hecho de que la mayoría de las actividades del estudio Mosteiro-Miguéns et al., 2025a se llevasen a cabo en horario laboral, un hallazgo que coincide con lo evidenciado en estudios previos (33). Sin embargo, este patrón tiene implicaciones importantes tanto para la accesibilidad de los participantes, como para la sostenibilidad de las AC a largo plazo, sobre todo en centros de salud donde la actividad asistencial solo está disponible en horario de mañana. De este modo, existe el riesgo de excluir a ciertos grupos de la población, especialmente a aquellos que, por diversas razones, no pueden participar durante el horario laboral habitual; como por ejemplo las personas que trabajan, los estudiantes o aquellos con responsabilidades de cuidado (98). Esto podría generar una falta de representatividad entre los participantes al no involucrar a toda la comunidad, lo que podría limitar el potencial impacto de las AC. Para abordar esta situación, sería necesario que las instituciones, además de flexibilizar el horario laboral de los profesionales, consideraran complementar su jornada cuando sea necesario involucrarse fuera del horario habitual de trabajo. Esta medida, tal y como ha sido referida en los resultados obtenidos del estudio Mosteiro-Miguéns et al., 2025a, podría ser clave para mejorar la participación y la adherencia de los participantes. Además, esta práctica podría favorecer la creación de vínculos más estrechos entre los servicios de salud y la comunidad, fomentando la sostenibilidad de las AC a largo plazo. Una planificación institucional adecuada, que respalde esta adaptación horaria, sería clave para fortalecer el impacto de estas iniciativas.

 Por otro lado, la formación de los profesionales en AC es crucial para su correcto desarrollo (36). En el presente estudio, se destacó la necesidad de una formación específica

como uno de los principales elementos facilitadores para la implementación efectiva de estas actividades. Al mismo tiempo, se identificó el limitado conocimiento sobre AC por parte de los profesionales como una de las barreras más determinantes para su desarrollo. Esta carencia formativa, no solo dificulta la planificación y ejecución de este tipo de intervenciones, sino que también puede afectar a la capacidad de los profesionales para conectar con la población y fomentar su participación, al carecer de las habilidades necesarias para lograrlo, tal y como se recoge en las barreras identificadas en este estudio. Para mejorar el conocimiento de los profesionales, se necesita un plan estratégico que incluya contenidos sobre AC y PrS en los planes de estudio de los futuros profesionales de la salud y, a su vez, programas de capacitación continua para los profesionales en activo. Este tipo de formación debería abordar tanto los aspectos teóricos, como los prácticos, enfatizando sobre la importancia de la participación comunitaria, la promoción de la salud y el trabajo intersectorial. Al fortalecer estas competencias, no solo se facilita el desarrollo de AC más eficaces y sostenibles, sino que también se potencia el rol de los profesionales como agentes de cambio dentro de sus comunidades, promoviendo un modelo de atención más integral, equitativo y orientado al bienestar colectivo. En este contexto, el personal especializado en Familiar y Comunitaria (MIR y EIR), con mayor "cultura comunitaria" inculcada durante la especialización, se perfila como el profesional ideal para potenciar el abordaje comunitario en AP y actuar de nexo entre el servicio de salud y los agentes de la comunidad, algo esencial para el éxito de estas intervenciones (35).

Otro de los elementos facilitadores para el desarrollo de AC identificado en el trabajo de Mosteiro-Miguéns et al., 2025a fue la figura de un referente en AC. En línea con lo establecido en la "Estrategia gallega de Salud Comunitaria en AP" (127) el disponer de un profesional referente en los centros de salud podría ayudar a impulsar la implantación de AC. Sin embargo, sería imprescindible que esta figura perteneciera a una red interconectada (33) que posibilite el intercambio de ideas, actividades y/o proyectos entre los diferentes referentes y profesionales, lo que contribuiría a aumentar el conocimiento y la difusión de las AC en el territorio. De la misma manera, para la realización de futuras AC, sería esencial analizar el contexto comunitario de la zona; así como hacer una revisión documental de experiencias previas a partir de las cuales mejorar el diseño y la evaluación de las AC.

Artículo 3. Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study



Hasta donde sabemos, el trabajo de Mosteiro-Miguéns et al., 2024b es el primer estudio que examina los conocimientos, actitudes y percepciones de los estudiantes de

enfermería con respecto a la implementación de las AC en AP. Los resultados de este estudio muestran que los participantes tienen muy poca información sobre lo que implican las AC, a pesar de considerarlas enfoques efectivos para el control de enfermedades crónicas, y que están muy interesados en su implementación. Además, no están seguros sobre las diferencias entre las AC y las actividades de promoción de la salud. Cabe destacar que los alumnos de segundo ciclo identificaron mejor los lugares idóneos para desarrollar AC, conocían mejor el impacto en la salud de las AC, así como la definición de activos comunitarios.

Los datos de la presente investigación reflejan el bajo nivel de conocimientos que poseen los estudiantes de enfermería sobre AC. Esto es un dato preocupante, ya que, según el plan de estudios actual, deberían tener un conocimiento completo sobre las AC en AP considerando que, en el momento de la distribución del cuestionario, buena parte de los estudiantes ya habían finalizado el programa de la asignatura “Enfermería Comunitaria I” (estudiantes de tercer curso) y habían realizado las prácticas clínicas en AP (estudiantes de cuarto curso). Estos hallazgos sirven para corroborar lo que otros autores ya han reportado, al evidenciar que, aunque la participación y la acción comunitaria fueron pilares fundamentales en la creación de la AP en España durante los años 80, y posteriormente reafirmados en sucesivos marcos legislativos como la Ley 16/2003 y el Real Decreto 1030/2006, el abordaje comunitario en AP ha sido ampliamente descuidado. Esta desatención no solo se refleja en la práctica clínica diaria, donde las AC presentan numerosas barreras, identificadas también en nuestro estudio previo (83), sino también en la etapa formativa de los profesionales, tal y como sugieren los resultados de este estudio.

La falta de conocimiento referida anteriormente podría tener repercusiones directas en la vida laboral de los futuros profesionales, siendo el limitado conocimiento en cuanto a AC, uno de los obstáculos que dificultan la implementación de las AC en AP (32). En este contexto, una gran proporción de los participantes identificaron erróneamente diversas acciones como AC, lo que pone de manifiesto el hecho de que los estudiantes de enfermería tienen dificultades para identificar las AC concretas. Esta confusión podría surgir debido a una interpretación errónea del término “actividades comunitarias”, ya que con frecuencia se piensa que incluye cualquier acción de promoción de la salud. Sin embargo, las AC son actividades dirigidas a un grupo de personas con características o necesidades comunes, cuya organización conlleva la implicación de agentes comunitarios (como por ejemplo asociaciones de vecinos, profesionales del ayuntamiento, docentes, etc.), así como la participación de la comunidad en algunas etapas de su desarrollo, con el objetivo de mejorar su salud y bienestar (la comunidad se implica así en su propio autocuidado). Esto confiere a las AC un mayor beneficio para la salud (96). En cambio, la

“promoción de la salud” es un concepto mucho más amplio que no requiere la colaboración de agentes comunitarios, y también puede estar destinado a una sola persona sin necesidad de asumir un papel activo, por ejemplo, un breve consejo de salud durante las consultas con un profesional de enfermería, donde el paciente es simplemente un receptor de información.

Los profesionales de enfermería de AP son actores fundamentales en la promoción de la salud y desempeñan un papel clave en el bienestar de la sociedad, siendo el referente de los enfermos crónicos en la comunidad (128), al proporcionar cuidados coste-efectivos y de alta calidad (129). Su labor va más allá de la atención individual, fomentando la implicación activa de los ciudadanos en su autocuidado, de ahí su importante papel para el desarrollo de AC (130). A través de la educación sanitaria, el acompañamiento y el apoyo, los profesionales de enfermería de AP empoderan a las personas para que adopten prácticas de vida saludables, mejoren su calidad de vida y prevengan enfermedades. De la misma manera, su proximidad a la comunidad les permite identificar necesidades específicas de salud, desarrollar intervenciones adaptadas a los contextos locales y trabajar en colaboración con otros agentes comunitarios para promover entornos más saludables (131). Este enfoque no solo fortalece la relación entre los servicios sanitarios y la población, sino que también contribuye a reducir las desigualdades en salud, con una atención más equitativa y accesible (132). En este sentido, tal y como se refleja en los resultados, los estudiantes de enfermería son conscientes de que deben ser, por tanto, los profesionales de enfermería los que asuman el liderazgo en los centros de salud para el desarrollo de AC. Esto coincide con los estudios previos que posicionan a este perfil como el más implicado en la implementación de las AC (32,33,133).

Un aspecto destacable del estudio de Mosteiro-Miguéns et al., 2024b, ha sido el interés mostrado por los estudiantes de enfermería, no solo por participar en la implementación de las AC, sino también por querer ampliar su formación en este ámbito. Este interés es fundamental, ya que los enfermeros/as desempeñan un papel indispensable en el desarrollo y éxito de estas intervenciones (32). Las AC lideradas por enfermeros/as abarcan una amplia variedad de acciones, que incluyen desde sesiones de promoción de la salud en asociaciones locales y talleres educativos en escuelas, hasta la coordinación de sesiones formativas o iniciativas intersectoriales con diferentes agentes comunitarios (29). En este contexto, los profesionales de enfermería de AP son pilares esenciales para transformar el modelo asistencial, orientándolo hacia uno más preventivo, participativo y enfocado en el bienestar integral de la comunidad. Además, el hecho de que estos futuros profesionales muestren disposición para recibir formación adicional puede contribuir a superar varios de los obstáculos actuales que dificultan el desarrollo de las AC, como la

falta de conocimiento y/o habilidades necesarias para implementarlas de manera efectiva (35,52). Por este motivo, es necesario indagar acerca de los conocimientos, actitudes y percepciones de los futuros profesionales de enfermería con el propósito de esclarecer alguna de las limitaciones a las que se enfrenta el abordaje comunitario y el desarrollo de AC en AP en la actualidad.

Según los datos de la presente investigación, más de la mitad de los estudiantes de enfermería (56,6%) reconoce haber recibido formación sobre AC en alguna de las materias que forman parte del plan de estudios o en el contexto de sus prácticas clínicas. Las intervenciones de promoción de la salud comunitaria se abordan en las asignaturas de Enfermería Comunitaria I y II, que se imparten en el primer semestre del segundo y tercer año del Grado en Enfermería de la USC, respectivamente. El hecho de que la formación en AC se imparta en el segundo ciclo de la titulación, y que las prácticas tuteladas que permiten a los estudiantes rotar por AP se impartan también en este ciclo, podría explicar la diferencia de conocimientos entre los estudiantes de primero y segundo año, por un lado, y los de tercero y cuarto año, por otro.

Los resultados objetivados ponen de manifiesto la necesidad de introducir mejoras en el programa de estudios de los futuros profesionales de enfermería, como pudiera ser la incorporación más temprana de las asignaturas que abordan las AC y/o las acciones de promoción de la salud; así como la ampliación del periodo de prácticas clínicas en AP. Esto es porque en el plan educativo actual las prácticas del Grado de Enfermería se realizan mayoritariamente en el ámbito hospitalario, representando el ámbito de AP tan solo el 16,7% de la duración total de dichas prácticas (2 meses de duración). El cambio sugerido podría así mejorar la adquisición de los conocimientos esperados sobre este tema, favoreciendo el futuro ejercicio profesional de los enfermeros/as en AC. Por otro lado, cabe destacar que la mayoría de los estudiantes que habían rotado por AP refirieron no haber realizado ninguna AC, lo que demuestra que estas actividades están poco implementadas (52,96). Esto puede ser atribuible a los siguientes factores: la sobrecarga de trabajo de los profesionales de AP; aspectos organizativos (p. ej., falta de espacios específicos y horarios destinados a este tipo de acciones); falta de implicación de personal cualificado (13,81,134), además de la falta de formación identificada.

Para fortalecer las competencias en AC de los futuros enfermero/as, es fundamental orientar su formación desde las aulas hacia un enfoque centrado en la comunidad (135), garantizando una formación universitaria sólida, basada en la promoción de la salud. De esta forma, los profesionales mejor formados en promoción de la salud contribuirían a la asociación cohesionada entre la comunidad y el sector sanitario, lo que mejoraría el

abordaje de la cronicidad (136), reforzaría la vertiente asistencial de AP (137) y facilitaría la transformación de la atención sanitaria que demandan las autoridades sanitarias, centrado más en un enfoque biopsicosocial (138).

Artículo 4. Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: A descriptive study

El trabajo de Mosteiro-Miguéns et al., 2025b, es el primer estudio que analiza los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de AP en relación con las AC. Los resultados de este estudio evidencian la falta de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre las AC, las PrS y los activos de salud. Aunque los profesionales sanitarios muestran una buena actitud hacia la realización de estas actividades, a nivel práctico la implementación de dichas intervenciones en los centros de salud se ha mostrado escasa. La formación específica de los profesionales en AC podría contribuir a mejorar la implementación de estas intervenciones en AP.

Los profesionales de AP están en contacto estrecho con los agentes y recursos comunitarios, lo que les otorga la capacidad de establecer relaciones de confianza con la comunidad e identificar con precisión las necesidades de salud locales (20). La participación de los profesionales de AP en el desarrollo de las AC, junto con la identificación y utilización de los activos de salud (por ejemplo, asociaciones deportivas, voluntariado, talleres de arte, etc.) (139), forma parte de las propuestas para la mejora del abordaje comunitario en el ámbito de la AP española (140).

Tal y como corrobora el estudio de Mosteiro-Miguéns et al., 2025b, los profesionales de AP son conscientes de los beneficios para la salud de las AC, así como de que AP es el ámbito idóneo para llevarlas a cabo. Esto refuerza el papel que desempeña la AP como eje vertebrador entre la comunidad y el sistema sanitario (141). Por el contrario, gran parte de los profesionales de AP en el SERGAS presentan dificultades a la hora de identificar AC concretas, lo que pone de manifiesto el escaso conocimiento sobre este tipo de intervenciones. Esto podría deberse a la interpretación del término “actividad comunitaria” como cualquier acción relacionada con la promoción de la salud, ignorando así los aspectos fundamentales de las AC como son el empoderamiento y la participación activa de la comunidad (96). Esta percepción podría reducir el beneficio potencial de las AC, al no involucrar activamente a la población en la toma de decisiones sobre su salud, o al elaborar programas de salud unidireccionales que no contemplan las necesidades y contextos específicos de la comunidad (42,142). Además, el déficit de formación en cuanto a AC puede disminuir la motivación y el interés de los profesionales para participar en este

tipo de intervenciones, al no percibir su verdadero impacto y alcance (140), perpetuando la escasa implementación de estas intervenciones en el ámbito de la AP gallega, reflejado en nuestro estudio (83). Por otra parte, el desconocimiento observado en materia de PrS y activos para la salud, podría atender a la limitada implementación de este tipo de intervención en el territorio estudiado (123). De este modo, para poder llevar a cabo PrS es necesario identificar previamente los recursos o activos de salud de la zona (143). Para que esto sea posible, se necesita fortalecer la AP potenciando la capacidad de los profesionales para familiarizarse con este recurso (144) y así integrarlo en la práctica asistencial de rutina (145,146). De la misma manera, que las intervenciones de PrS se integren como parte del abordaje comunitario propio de AP, mejoraría el intercambio de información y la capacidad asistencial del servicio, con capacidad para abordar las causas subyacentes de las enfermedades y obteniendo así mejores resultados en salud (147). Sin embargo, esta integración aún no se ha logrado plenamente, como se evidencia a partir de los datos obtenidos en la presente investigación.

Los profesionales de AP son conscientes de las dificultades existentes a la hora de implementar las AC en los centros de salud. Entre ellas, destacan la falta de implicación y compromiso institucional, la voluntariedad a la hora de llevar a cabo la AC, la ausencia de sistemas formales de evaluación y el bajo nivel de conocimiento sobre la definición de AC. Estas son barreras que coinciden con lo referido en nuestra investigación previa (83). Conocer las limitaciones actuales de la implementación de la AC desde AP es el primer paso para mejorar su puesta en marcha (148) y potenciar el ámbito de AP como promotor de salud en la comunidad (149).

Conforme a los resultados de esta investigación (Mosteiro-Miguéns et al., 2025b), los profesionales con formación específica en AC, como los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, demuestran un mayor conocimiento. Estos profesionales, durante su formación, son capacitados para colaborar con la comunidad, identificar activos comunitarios y planificar estrategias de salud que aborden las necesidades reales de la comunidad (150). Esta formación adicional recibida, podría explicar sus mejores resultados en los diferentes apartados estudiados y que sea reconocida por los demás integrantes del equipo como líder y referente en el desarrollo de este tipo de actividades (132,151). En este sentido, que los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria sean referentes de AC en AP, podría mejorar la difusión y estandarización de las AC, fomentando la participación activa de la comunidad (152), con el consiguiente impacto positivo en la salud de la población (153).

La buena predisposición de los profesionales es, sin duda, un factor fundamental para el desarrollo efectivo de las AC en AP (154,155). Sin embargo, la mayoría de los profesionales considera necesario un impulso por parte de las instituciones que facilite la estandarización y visibilice estas intervenciones. Así, la implicación institucional (32), junto con la flexibilidad del sistema (156) que permita adaptar las agendas de los profesionales para el abordaje comunitario, tal y como se puso de manifiesto en nuestra investigación (83); es igualmente crucial para lograr el escenario favorable para una implantación efectiva de las AC.

6.2. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA TESIS DOCTORAL

Fortalezas

Este es el primer trabajo que desarrolla una revisión de la literatura sobre las AC realizadas en AP, sin restricciones en cuanto a población diana, tema o tipo de participación. Asimismo, es una investigación novedosa en cuanto a identificación, descripción y análisis de las características de las AC en el ámbito de AP del SERGAS; así como las barreras y facilitadores para su desarrollo. Igualmente, con este trabajo se ha obtenido información sobre conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones de los estudiantes de enfermería y de los profesionales de AP acerca del desarrollo de las AC en AP, hasta el momento un tema no explorado.

Como factor novedoso, este estudio se centró tanto para la revisión de la literatura como para la identificación de AC en el ASSCB, en las AC en las que la AP no se limitaba únicamente a la mera captación de participantes, sino que era necesario que el propio equipo profesional de AP tuviera una implicación activa en el desarrollo y /o evaluación del proceso. Esta condición contribuye a esclarecer el grado de colaboración y el potencial de acción real que el equipo profesional de AP desempeña en el ámbito comunitario para el desarrollo de este tipo de intervenciones. Además, esta investigación proporciona la relación de AC desarrolladas en el ASSCB entre los años 2018 y 2022, aportando evidencia sobre las características de estas, hasta el momento desconocidas.

Por otro lado, este trabajo es el primero que informa sobre el nivel de preparación de los estudiantes de enfermería para el desarrollo de AC en AP; así como de los profesionales de AP. En relación a estos últimos, como punto fuerte se destaca que el estudio incluyó todas las categorías de profesionales de AP, lo que aporta una visión

multidisciplinar y realista sobre el conjunto de profesionales y su relación con el desarrollo de AC en AP.

A partir de estos hallazgos, esta tesis doctoral pone de manifiesto los factores clave que pueden influir en el desarrollo de las AC en AP, proporcionando información esencial a nivel institucional para optimizar las políticas comunitarias en la AP de la comunidad gallega.

Limitaciones

Esta investigación presenta algunas limitaciones. La revisión de la literatura incluida en la presente investigación podría estar condicionada por el sesgo de publicación, pudiendo existir AC con resultados negativos o sin evaluación no presentes en los buscadores biomédicos. Esto se debe a que muchas AC se llevan a cabo en contextos locales, sin ser formalmente documentadas ni publicadas en la literatura científica. Como resultado, el alcance de la revisión podría no reflejar completamente la diversidad y riqueza de las iniciativas comunitarias existentes, lo que subraya la necesidad de fomentar una mayor sistematización y difusión de estas actividades en fuentes accesibles y reconocidas.

En cuanto al uso de los cuestionarios de la presente tesis doctoral, la falta de validación total, así como el hecho de que pudieran ser completados por los participantes más motivados, pudo haber producido sesgo de información y/o de participación, respectivamente. Además, la baja tasa de participación tanto de profesionales como de los estudiantes del Grado de Enfermería pudo comprometer la validez externa de los resultados.

Para la recopilación de las AC llevadas a cabo durante 2018 y 2022, así como las barreras y facilitadores para su desarrollo, se pudo producir sesgo de memoria debido a que la información para las variables del estudio fue recopilada de modo retrospectivo. En este sentido, a nivel institucional es necesaria la creación de una base de datos sobre AC que incluya indicadores de evaluación como metas alcanzadas, tiempos y costes, permitiendo a profesionales y usuarios conocer en detalle las intervenciones realizadas, o en desarrollo, de su zona de salud. Esto permitiría disponer de datos objetivos acerca de las AC, contribuyendo así a mejorar la implantación de AC así como el diseño de futuros estudios. También se pudo incurrir en un sesgo institucional, ya que este estudio se ha realizado únicamente en el ASSCB, y los resultados pudieran no ser extrapolables al resto de áreas sanitarias de Galicia y/o de España. Asimismo, los participantes podrían haber informado solo de aquellas actividades que consideraban más relevantes o significativas (sesgo de

reporte). Si bien, este sesgo habría sido minimizado por la revisión de registros internos y otras fuentes de datos. Por último, aunque este estudio está orientado hacia la promoción de la salud en la comunidad, la metodología utilizada en las AC identificadas se basó en una transmisión de información unidireccional, en lugar del enfoque participativo, característico de las AC en promoción de la salud.

7

Implicaciones para la práctica

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- La incorporación de un enfoque más comunitario y dirigido a la promoción de la salud desde el primer curso del Grado de Enfermería podría mejorar los conocimientos de los estudiantes sobre AC.
- Es esencial promover la formación en AC entre los profesionales de AP, asegurando que reciban el reconocimiento y el respaldo necesario tanto de las instituciones como de la comunidad.
- Las instituciones deben favorecer la flexibilización de las agendas de los profesionales, con el fin de adaptarlas a los horarios requeridos por las AC.
- La existencia de un referente que sirva de enlace entre AP y la comunidad, fomentaría la implicación de los agentes comunitarios en el diseño y planificación de AC, y potenciaría el desarrollo de AC en el territorio gallego.
- La creación de un registro específico de las AC desarrolladas y/o disponibles en las zonas básicas de salud, accesible a referentes en AC, profesionales de AP, agentes comunitarios y usuarios del SERGAS, favorecería la participación y la implementación reglada de las AC.
- Se requiere la elaboración de herramientas adaptadas a las AC que objetiven tanto el desarrollo (evaluación de proceso), como el impacto en la salud de los participantes (evaluación de resultado), para obtener resultados medibles y favorecer el proceso de mejora continua en este tipo de intervenciones.
- Son necesarios estudios futuros que evalúen el impacto económico y el coste-beneficio de las AC con el propósito de obtener información sobre qué AC aportan mayor valor y/o son más efectivas. Esto facilitaría la toma de decisiones en el ámbito de la gestión sanitaria en la comunidad gallega.

8

Conclusiones

8. CONCLUSIONES

1. La evidencia científica refleja que las AC realizadas en un entorno de AP pueden mejorar la esfera física y psicológica de los participantes, así como el nivel de conocimientos sobre el tema abordado.
2. La puesta en marcha de AC en el ASSCB desde 2018 a 2022 sigue una tendencia creciente. No obstante, su desarrollo es heterogéneo, fruto del voluntarismo de los profesionales y desvinculado de proyectos estructurados de salud comunitaria.
3. Los profesionales de AP identifican la sobrecarga asistencial como la principal barrera para la implementación de AC en los centros de salud. Asimismo, señalan que la flexibilización de sus agendas laborales podría facilitar el desarrollo reglado de las AC en el ASSCB.
4. Los estudiantes del Grado de Enfermería de la USC y los profesionales de AP del SERGAS presentan dificultades para identificar AC concretas. Sin embargo, son conscientes de los beneficios de las AC para la salud, y muestran una alta receptividad para participar e involucrarse más en este tipo de actividades.
5. La mayoría de AC desarrolladas en el ASSCB son de carácter puntual, carecen de una participación activa e intersectorial manifiesta y presentan una escasa participación de profesionales potencialmente clave en el desarrollo de AC como médicos/as y trabajadores/as sociales. Asimismo, su escasa evaluación es una limitación que impide conocer su impacto en la salud de las personas.
6. Entre 2018 y 2022 se identificaron 95 AC en el ASSCB, siendo la temática más frecuente la actividad física, la educación sexual, la alimentación y nutrición, la salud en la mujer y los primeros auxilios.
7. La falta de formación específica sobre AC de los estudiantes universitarios y profesionales de AP, representa una limitación para el desarrollo reglado de AC en la comunidad gallega.

9

Bibliografía

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Morelli V. Social Determinants of Health: An Overview for the Primary Care Provider. *Prim Care*. 2023;50(4):507-25.
2. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet Lond Engl*. 2011;377(9775):1438-47.
3. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl*. 2018;392(10159):1736-88.
4. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
6. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep*. 2018;12:284-93.
7. Fisher B, Chanan G. Social action for health gain: the potential of community development. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. febrero de 2015;65(631):97-8.
8. Álvarez ÓS, Ruiz-Cantero MT, Casseti V, Cofiño R, Álvarez-Dardet C. Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gac Sanit*. 1 de septiembre de 2021;35(5):488-94.
9. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>
10. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. 2021.

11. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Informe anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
12. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/337641>
13. Gittelsohn J, Trude AC, Poirier L, Ross A, Ruggiero C, Schwendler T, et al. The Impact of a Multi-Level Multi-Component Childhood Obesity Prevention Intervention on Healthy Food Availability, Sales, and Purchasing in a Low-Income Urban Area. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11):1371.
14. Social determinants of health [Internet]. [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
15. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(8):656-60.
16. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43(6):289-96.
17. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:129.
18. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5):e008524.
19. Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R, Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *J Negat No Posit Results*. 2021;6(2):393-410.
20. Declaration of Alma Ata (1978) International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12.
21. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;2:17-22.

22. Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroya L, Garach Gómez A, et al. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil. *Aten Primaria*. 2019;51(7):416-23.
23. Yous ML, Ganann R, Ploeg J, Markle-Reid M, Northwood M, Fisher K, et al. Older adults' experiences and perceived impacts of the Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for diabetes self-management in Canada: a qualitative descriptive study. *BMJ Open*. 2023;13(4):e068694.
24. López-Téllez A, Río Ruiz J, López-Martí H, Calderón Río V, Molinero Torres F, López-Martí AM. Calidad de vida tras una intervención comunitaria sociomotriz en mayores con riesgo social. *Ensayo clínico. Semergen*. 2022;48(6):394-402.
25. Gómez-Soria I, Andrés Esteban EM, Gómez Bruton A, Peralta-Marrupe P. Análisis del efecto a largo plazo de un programa de estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo leve en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado. *Aten Primaria*. 2021;53(7):102053.
26. Lapena C, Continente X, Sánchez Mascañano A, Mari dell'Olmo M, López MJ. Effectiveness of a community intervention to reduce social isolation among older people in low-income neighbourhoods. *Eur J Public Health*. 2022;32(5):677-83.
27. Arija V, Villalobos F, Pedret R, Vinuesa A, Timón M, Basora T, et al. Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the «Pas-a-Pas» community intervention trial. *BMC Public Health*. 2017;17(1):576.
28. Mosteiro Miguéns DG, Villegas Gómez A, López-Piqueres MJ, Lucena Márquez L, Domínguez Martis EM, Novío Mallón S. Evaluación biopsicosocial y del equilibrio en una intervención en la comunidad con ejercicio en mayores. *Gerokomos*. 2022;33(1):12-5.
29. Mosteiro Miguéns DG, Rodríguez Fernández A, Zapata Cachafeiro M, Vieito Pérez N, Represas Carrera FJ, Novío Mallón S. Community Activities in Primary Care: A Literature Review. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319231223362.
30. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
31. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35(9):478-83.

32. March S, Soler M, Miller F, Montaner I, Pérez Jarauta MJ, Ramos M. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(1):25-33.
33. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: proyecto frAC. *Gac Sanit*. 2014;28(4):267-73.
34. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, Berenguera A, Martínez-Andrés M, Pons-Vigués M, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion-a meta-ethnographic synthesis. *PloS One*. 2015;10(5):e0125004.
35. Cardo Miota A, Valls Pérez B, Gil García E, Hernán-García M. Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gac Sanit*. 2023;37(1):16.
36. Calvo Álvarez de Arkaia A, Benedé Azagra CB, Gandarias Jaio M, Cardo Miota A, Hernán García M. ¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2024;38:102403.
37. Gholipour K, Shokri A, Yarahmadi AA, Tabrizi JS, Iezadi S, Naghibi D, et al. Barriers to community participation in primary health care of district health: a qualitative study. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):117.
38. Health promotion [Internet]. [citado 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>
39. Global Cardiovascular Risk Consortium, Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, Alegre-Diaz J, Amouyel P, et al. Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med*. 2023;389(14):1273-85.
40. Verloigne M, Altenburg T, Cardon G, Chinapaw M, Dall P, Deforche B, et al. Making co-creation a trustworthy methodology for closing the implementation gap between knowledge and action in health promotion: the Health CASCADE project. *Perspect Public Health*. 2023;143(4):196-8.
41. Mattioni FC, Rocha CMF. Health promotion in primary care: effects and limitations in conservative neoliberalism. *Cienc Saude Coletiva*. 2023;28(8):2173-82.
42. Minary L, Alla F, Cambon L, Kivits J, Potvin L. Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(4):319-23.

43. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. [citado 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
44. Health Promotion - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/health-promotion>
45. Jani A, Liyanage H, Okusi C, Sherlock J, Hoang U, Ferreira F, et al. Using an Ontology to Facilitate More Accurate Coding of Social Prescriptions Addressing Social Determinants of Health: Feasibility Study. *J Med Internet Res*. 2020;22(12):e23721.
46. Lin K. The Political Determinants of Health. *Fam Med*. 2022;54(1):65-6.
47. Primary health care [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>
48. Ministerio de Sanidad - Áreas - Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico [Internet]. [citado 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/atencionPrimaria.htm>
49. Benito Torres C, López Linares S, Mato Guerra P, Rey Liste T, Rey Tristán MJ. Plan galego de atención domiciliaria en atención primaria 2024-2025 [Internet]. Consellería de Sanidade; 2024 [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=979709>
50. Montes Santiago J, Casariego Vales E, Toro Santos JL, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clínica*. 2012;73:7-14.
51. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PloS One*. 2014;9(2):e89554.
52. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria*. 2002;29(1):26-

53. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S, Sanchez A, Martos C, Moreno M, et al. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag.* 2021;35(9):349-67.
54. Ministerio de Sanidad - Health data - Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>
55. Consulta Interactiva del SNS [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/profesionales/equipos-de-atencion-primaria-eap>
56. Galaviz K, Lévesque L, Kotecha J. Evaluating the effectiveness of a physical activity referral scheme among women. *J Prim Care Community Health.* 2013;4(3):167-71.
57. Björkelund C, Bengtsson C. Changing Lifestyle: Who Benefits and How? Prevention in Primary Health Care Within the Female Population in a Swedish Community. *Behav Change.* 1994;11(3):145-52.
58. Livingood WC, Monticalvo D, Bernhardt JM, Wells KT, Harris T, Kee K, et al. Engaging Adolescents Through Participatory and Qualitative Research Methods to Develop a Digital Communication Intervention to Reduce Adolescent Obesity. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* 2017;44(4):570-80.
59. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, March S, Pombo H, Masluk B, et al. Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II). *BMJ Open.* 2019;9(3):e023872.
60. Gorguet Pi CMM, Esteva García S, Ramos Gorguet D. Intervención educativa comunitaria sobre alcoholismo y castigo corporal. *Rev Esp Drogodepend.* 2010;(2):195-205.
61. Pérez-Bazán LM, Enfedaque-Montes MB, Cesari M, Soto-Bagaria L, Gual N, Burbano MP, et al. A Community Program of Integrated Care for Frail Older Adults: +AGIL Barcelona. *J Nutr Health Aging.* 2019;23(8):710-6.
62. López-Martí AM, López-Martí H, Calderón Río V, Molinero Torres F, Río Ruiz J, López-Téllez A. Condición física funcional tras una intervención comunitaria multi-componente de envejecimiento activo. Ensayo clínico pragmático. *Semergen.* 2021;47(8):531-8.

63. Chan WLS, Hui E, Chan C, Cheung D, Wong S, Wong R, et al. Evaluation of chronic disease self-management programme (CDSMP) for older adults in Hong Kong. *J Nutr Health Aging*. 2011;15(3):209-14.
64. Bhatti S, Rayner J, Pinto AD, Mulligan K, Cole DC. Using self-determination theory to understand the social prescribing process: a qualitative study. *BJGP Open*. 2021;5(2):BJGPO.2020.0153.
65. Ariza Copado C, Gavara Palomar V, Muñoz Ureña A, Aguera Mengual F, Soto Martínez M, Lorca Serralta JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Aten Primaria*. 2011;43(8):398-406.
66. Lussier MT, Richard C, Glaser E, Roberge D. The impact of a primary care e-communication intervention on the participation of chronic disease patients who had not reached guideline suggested treatment goals. *Patient Educ Couns*. 2016;99(4):530-41.
67. Miklavcic JJ, Fraser KD, Ploeg J, Markle-Reid M, Fisher K, Gafni A, et al. Effectiveness of a community program for older adults with type 2 diabetes and multimorbidity: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):174.
68. Calatayud E, Plo F, Muro C. Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado. *Aten Primaria*. 2020;52(1):38-46.
69. Martín-Doménech A, Peiró-Pérez R, Esplugues A, Castán S, Legaz-Sánchez E, Pérez-Sanz E, et al. Valoración de un programa piloto de prescripción de actividad física en atención primaria en la Comunitat Valenciana. *Gac Sanit*. 2021;35(4):313-9.
70. López-Téllez A, Río Ruiz J, Molinero Torres F, Fernandez Maldonado I, Martínez Zaragoza I, Prados Torres P. Efectividad de un programa de intervención socio-motriz en población mayor con riesgo social. *Semergen*. 2012;38(3):137-44.
71. Rodríguez-Romero R, Herranz-Rodríguez C, Kostov B, Gené-Badia J, Sisó-Almirall A. Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. *Scand J Caring Sci*. 2021;35(2):366-74.
72. Madrideo Mora R, Majem Fabres L, Puig Acebal H, Sanz Latorre I, Llobet Traveset E, Arce Casas M, et al. «Salut al cor/salud en el corazón»: resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mútua Terrassa. *Aten Primaria*. 2014;46(9):457-63.
73. González González J, Rico García G, Izaguirre Zapatera AM, de Ángel Larrinaga S,

- Lor Martín M. Mujeres cuidadoras: intervención comunitaria en mujeres promotoras de salud rural. *Med Gen Fam Ed Digit*. 2016;5(2):41-4.
74. López Castañón L, Castillón Fantova JR, Lumbreras Garcia G, Somoza Calvo M, López Llerena Á, Cordero de las Heras B. Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2012;75-85.
75. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Avellana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubí Monfort R, Grupo APOC ABS Salt. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. *Aten Primaria*. 2010;42(4):211-7.
76. Julià Camps A, Saura González N, Alfranca Pardillos R, Clot Guitart MM, Palomeiras Vilches A, Ferrer Morell N. Evaluación de una intervención basada en estilos de vida saludables para mujeres de etnia gitana de Girona. *Ágora Enferm*. 2017;21(4):158-64.
77. Represas-Carrera F, Couso-Viana S, Méndez-López F, Masluk B, Magallón-Botaya R, Recio-Rodríguez JI, et al. Effectiveness of a Multicomponent Intervention in Primary Care That Addresses Patients with Diabetes Mellitus with Two or More Unhealthy Habits, Such as Diet, Physical Activity or Smoking: Multicenter Randomized Cluster Trial (EIRA Study). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5788.
78. Arauz Boudreau AD, Kurowski DS, Gonzalez WI, Dimond MA, Oreskovic NM. Latino families, primary care, and childhood obesity: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2013;44:S247-257.
79. Taverno Ross SE, Liang HW, Cheng J, Fox A, Documet PI. Effectiveness of a Promotores Network to Improve Health in an Emerging Latino Community. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ*. 2022;49(3):455-67.
80. Slagel N, Newman T, Sanville L, Dallas J, Cotto-Rivera E, Moore J, et al. Effects of a Fruit and Vegetable Prescription Program With Expanded Education for Low-Income Adults. *Health Educ Behav*. 2022;10901981221091926.
81. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health*. 2018;138(1):28-38.
82. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB, editores. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.

83. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo. *Aten Primaria*. 2025;57(5):133134.
84. Nogueira González P, Gil González D, Álvarez-Dardet Díaz C. Luces y sombras en la implementación de la acción comunitaria para la salud. *Gac Sanit*. 2024;38:102387.
85. Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. [Evidence Based Public Health: resources on effectiveness of community interventions]. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(1):5-20.
86. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study. *Fam Pract*. 2025;42(2):cmae056.
87. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study. *Public Health Nurs*. 2024;41:1144–53.
88. Yadav D. Criteria for Good Qualitative Research: A Comprehensive Review. *Asia-Pac Educ Res*. 2022;31(6):679-89.
89. Husk K, Elston J, Gradinger F, Callaghan L, Asthana S. Social prescribing: where is the evidence? *Br J Gen Pract*. 2019;69(678):6-7.
90. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):86.
91. Davey A. Social prescribing and pre-operative care. *Anaesthesia*. 2018;73(2):256-7.
92. Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, Morgana A. Promoting good practice in health promotion in Spain: the potential role of a new agency. *Gac Sanit*. 2016;30:19-24.
93. 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):e013384.
94. Grant S, Parsons A, Burton J, Montgomery P, Underhill K, Wilson EM. Home Visits for Prevention of Impairment and Death in Older Adults: A Systematic Review. *Campbell Syst Rev*. 2014;10(1):1-85.

95. March S, Ripoll J, Ruiz-Giménez JL, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, 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(3):e001287.
96. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bulilete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S94-104.
97. Krist AH, Baumann LJ, Holtrop JS, Wasserman MR, Stange KC, Woo M. Evaluating Feasible and Referable Behavioral Counseling Interventions. *Am J Prev Med*. 2015;49(3 Suppl 2):S138-149.
98. Butte NF, Hoelscher DM, Barlow SE, Pont S, Durand C, Vandewater EA, et al. Efficacy of a Community- Versus Primary Care-Centered Program for Childhood Obesity: TX CORD RCT. *Obesity Silver Spring Md*. 2017;25(9):1584-93.
99. Husk K, Blockley K, Lovell R, Bethel A, Lang I, Byng R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(2):309-24.
100. Peart A, Lewis V, Brown T, Russell G. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019252.
101. Fernandez-Jimenez R, Jaslow R, Bansilal S, Diaz-Munoz R, Fatterpekar M, Santana M, et al. Different Lifestyle Interventions in Adults From Underserved Communities: The FAMILIA Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(1):42-56.
102. Gómez-Pardo E, Fernández-Alvira JM, Vilanova M, Haro D, Martínez R, Carvajal I, et al. A Comprehensive Lifestyle Peer Group-Based Intervention on Cardiovascular Risk Factors: The Randomized Controlled Fifty-Fifty Program. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(5):476-85.
103. Segura Benedicto A. El sistema sanitario, la atención primaria y la salud pública. *Aten Primaria*. 2018;50(7):388-9.
104. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community Participation in Health Systems Research: A Systematic Review Assessing the State of Research, the Nature of Interventions Involved and the Features of Engagement with Communities. *PloS One*. 2015;10(10):e0141091.
105. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(8):626-32.
106. De Weger E, Van Vooren NJE, Drewes HW, Luijkx KG, Baan CA. Searching for

- new community engagement approaches in the Netherlands: a realist qualitative study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):508.
107. Healthwatch resources | Local Government Association [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.local.gov.uk/our-support/partners-care-and-health/leading-healthier-places/healthwatch-resources>
 108. GOV.UK [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry>
 109. Boumans J, Swinkels W, Van De Goor I, Luijkx K. Zorgcoöperaties: een wetenschappelijke verkenning vanuit drie perspectieven. *JSI* 2015;24:23. <https://doi.org/10.18352/jsi.441>
 110. McEvoy R, Tierney E, MacFarlane A. ‘Participation is integral’: understanding the levers and barriers to the implementation of community participation in primary healthcare: a qualitative study using normalisation process theory. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:515.
 111. Da Mosto D, Vallerani S, Kokkinidis G, Checchi M, Giaimo S, Adami E, et al. Building communities of health: the experience of European social clinics. *Community Dev J*. 2023;58(4):595-613.
 112. Allotey P, Tan ,David T., Kirby ,Thomas, and Tan LH. Community Engagement in Support of Moving Toward Universal Health Coverage. *Health Syst Reform*. 2019;5(1):66-77.
 113. Cyril S, Smith ,Ben J., Possamai-Inesedy ,Alpha, and Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action*. 2015;8(1):29842.
 114. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 956/2020 nov 4, 2020 p. 95841-5. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/11/03/956>
 115. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, del-Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32:22-5.

116. Martínez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, et al. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the «Prescribe Vida Saludable» strategy. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):23.
117. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Aten Primaria.* 2023;55(7):102630.
118. Zurro AM. Apuntes sobre el desarrollo del modelo de reforma de la atención primaria y comunitaria de los años 80. *Aten Primaria Práctica.* 2022;4:100162.
119. Alenius S, Olsson K, Thomasson E, Magnusson L. Health care professionals’ experiences and perceptions of health promotion through the health dialogue intervention in the scania region, Sweden: a qualitative interview study. *BMC Prim Care.* 2023;24(1):173.
120. Johansson LM, Eriksson M, Dahlin S, Lingfors H, Golsäter M. Healthcare professionals’ experiences of targeted health dialogues in primary health care. *Scand J Caring Sci.* 2024;38(1):231-9.
121. Cain CL, Orionzi D, O’Brien M, Trahan L. The Power of Community Voices for Enhancing Community Health Needs Assessments. *Health Promot Pract.* 2017;18(3):437-43.
122. López-Ruiz MV, Pola M, Enríquez Martín N, Cassetti V, Iriarte de los Santos T, Benedé Azagra CB. ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación. *Aten Primaria.* 2024;56(5):102847.
123. Pola-García M, Domínguez García M, Gasch-Gallén Á, Lou Alcaine ML, Enríquez Martín N, Benedé Azagra CB. Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de atención primaria aragoneses. *Aten Primaria.* 2022;54(12):102496.
124. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30:93-8.
125. Bloch G, Rozmovits L. Implementing social interventions in primary care in Canada: A qualitative exploration of lessons learned from leaders in the field. *PloS One.* 2023;18(2):e0281112.
126. Domínguez-García M, Pola-García M, Oliván-Blázquez B, Lahoz-Bernad I, Lou-

Alcaine ML, Benedé-Azagra CB, et al. Análisis de las agendas comunitarias en atención primaria y factores asociados a su implantación. *Gac Sanit.* 2023;37:102257.

127. Estrategia gallega de salud comunitaria en atención primaria 2023-2027 - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Estratexia-galega-de-saude-comunitaria-en-atencion-primaria-2023-2027?idioma=es>
128. Stephen C, McInnes S, Halcomb E. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *J Adv Nurs.* 2018;74(2):279-88.
129. Parkinson AM, Parker R. Addressing chronic and complex conditions: what evidence is there regarding the role primary healthcare nurses can play? *Aust Health Rev.* 2013;37(5):588-93.
130. Machado-Becker R, Schüller Buss Heidemann IT, Kuntz-Durand M. Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. *Rev Salud Pública.* 2023;22:41-7.
131. Marcus-Varwijk AE, Madjidian DS, de Vet E, Mensen MWM, Visscher TLS, Ranchor AV, et al. Experiences and views of older people on their participation in a nurse-led health promotion intervention: «Community Health Consultation Offices for Seniors». *PloS One.* 2019;14(5):e0216494.
132. The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum. World Health Organization Regional Office for Europe; 2000. 48 p.
133. Comunidad - semFYC [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/article/diario-comunitario-que-actividades-comunitarias-se-realizan-en-nueve-centros-de-atencion-primaria>
134. Wändell PE, de Waard AKM, Holzmann MJ, Gornitzki C, Lionis C, de Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Fam Pract.* 2018;35(4):383-98.
135. Hosseinnejad A, Rassouli M, Jahani S, Elahi N, Molavynejad S. Community Health Nursing in Iran: A Review of Challenges and Solutions (An Integrative Review). *Front Public Health.* 2022;10:899211.
136. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet Lond Engl.* 2014;384(9937):45-52.
137. Leppin AL, Schaepe K, Egginton J, Dick S, Branda M, Christiansen L, et al. Inte-

- grating community-based health promotion programs and primary care: a mixed methods analysis of feasibility. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):72.
138. Hackbarth G, Boccuti C. Transforming graduate medical education to improve health care value. *N Engl J Med.* 2011;364(8):693-5.
139. Garipe LY, Pace N, Cane L, García MH, Cofiño Fernández R, Perman G. Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires. *Rev Fac Cienc Médicas.* 2022;79(2):156-61.
140. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.
141. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):750.
142. Martí-Lluch R, Bolívar B, Llobera J, Maderuelo-Fernández JA, Magallón-Botaya R, Sánchez-Pérez Á, et al. Role of personal aptitudes as determinants of incident morbidity, lifestyles, quality of life, use of health services, and mortality (DESVELA cohort): quantitative study protocol for a prospective cohort study in a hybrid analysis. *Front Public Health.* 2023;11:1067249.
143. Rodríguez Benito L, Benedé Azagra CB, Cubillo Llanes J, Calderón Larrañaga S, Rodríguez Benito L, Benedé Azagra CB, et al. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Rev Clínica Med Fam.* 2023;16(3):286-92.
144. Hassan SM, Ring A, Goodall M, Abba K, Gabbay M, van Ginneken N. Social prescribing practices and learning across the North West Coast region: essential elements and key challenges to implementing effective and sustainable social prescribing services. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):562.
145. Munford LA, Wilding A, Bower P, Sutton M. Effects of participating in community assets on quality of life and costs of care: longitudinal cohort study of older people in England. *BMJ Open.* 2020;10(2):e033186.
146. Oster C, Skelton C, Leibbrandt R, Hines S, Bonevski B. Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):642.
147. Calderón-Larrañaga S, Greenhalgh T, Clinch M, Robson J, Dostal I, Eto F, et al. Unravelling the potential of social prescribing in individual-level type 2 diabetes prevention: a mixed-methods realist evaluation. *BMC Med.* 2023;21(1):91.

148. Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdà JC, Oltra Rodríguez E. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32:82-5.
149. Nair D, Thekkur P, Fernando M, Kumar AMV, Satyanarayana S, Chandraratne N, et al. Outcomes and Challenges in Noncommunicable Disease Care Provision in Health Facilities Supported by Primary Health Care System Strengthening Project in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study. *Healthcare.* 2023;11(2):202.
150. Heidarzadeh A, Alvandi M, Hedayati B, Rezaei M, Abedi F, Madani ZH, et al. The Roles of the Nurses in Family Physician Team: A Qualitative Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2023;28(4):361-70.
151. Pazzaglia C, Camedda C, Ugenti NV, Trentin A, Scalorbi S, Longobucco Y. Community Health Assessment Tools Adoptable in Nursing Practice: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):1667.
152. Watson ED, Moosa S, Janse Van Rensburg DC, Schwellnus M, Lambert EV, Stoutenberg M. Task-Shifting: Can Community Health Workers Be Part of the Solution to an Inactive Nation? *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(17):6675.
153. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PloS One.* 2019;14(5):e0216112.
154. Berenguera A, Pons-Vigués M, Moreno-Peral P, March S, Ripoll J, Rubio-Valera M, et al. Beyond the consultation room: Proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Health Expect.* 2017;20(5):896-910.
155. Persaud N, Sabir A, Woods H, Sayani A, Agarwal A, Chowdhury M, et al. Preventive care recommendations to promote health equity. *CMAJ.* 2023;195(37):E1250-73.
156. Grêaux KM, van Assema P, Bessems KMHH, de Vries NK, Harting J. Patterns in bottlenecks for implementation of health promotion interventions: a cross-sectional observational study on intervention-context interactions in the Netherlands. *Arch Public Health.* 2023;81(1):183.

10

Índice de publicaciones

10. ÍNDICE DE PUBLICACIONES

Esta tesis doctoral conforma un compendio de cuatro publicaciones que se describen a continuación. Para cada una de ellas se proporciona la referencia completa de la publicación (autor, año, título, revista, volumen, página y doi), la editorial y el ISSN o ISBN. Se incluye también la información relativa al último factor de impacto disponible y el cuartil de su categoría, extraído de Journal Citation Reports (JCR)®.

1. Mosteiro-Miguéns DG, Rodríguez-Fernández A, Zapata-Cachafeiro M, Vieito-Pérez N, Represas-Carrera FJ, Novío Mallón S. **Community activities in primary care: a literature review**. J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>.
 - Editorial: SAGE Publications
 - ISSN impreso: 2150-1319 (ISSN electrónico: 2150-1327)
 - Índice de Impacto 2023 (JCR): 3,0. Primary Health Care: Q1 (6/30)
 - Contribución del doctorando: Recogida de los datos, redacción, preparación del borrador original, revisión y edición.
2. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. **Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo**. Aten Primaria. 2025;57:103134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>.
 - Editorial: Elsevier
 - ISSN: 0212-6567
 - Índice de Impacto 2023 (JCR): 1,8. Medicine, General & Internal: Q2 (110/329)

- Contribución del doctorando: Recogida de los datos, redacción, preparación del borrador original, revisión y edición.
3. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study.** Public Health Nurs. 2024;41:1144–53. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>.
- Editorial: Wiley Periodicals, LLC
 - ISSN impreso: 0737-1209 (ISSN electrónico: 1525-1446)
 - Índice de Impacto 2023: 1,7. Nursing: Q2 (80/193)
 - Contribución del doctorando: Recogida de los datos, redacción, preparación del borrador original, revisión y edición.
4. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study.** Fam Pract. 2025:cmae056. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>.
- Editorial: Oxford University Press
 - ISSN electrónico 1460-2229
 - Índice de Impacto 2023: 2,4. Medicine, General & Internal: Q1 (81/329)
 - Contribución del doctorando: Recogida de los datos, redacción, preparación del borrador original, revisión y edición.

OTRAS PUBLICACIONES NO INCLUIDAS EN EL NÚCLEO DE LA TESIS

Comunicación oral

Actividades Comunitarias en la Atención Primaria de Galicia. Sección “Proyectos de investigación”. Autores: Diego Gabriel Mosteiro Miguéns; Almudena Rodríguez Fernández; Maruxa Zapata Cachafeiro y Silvia Novío Mallón.

Segundo premio a la mejor comunicación oral en las XXVI Jornadas AGAMFEC (29-30 de septiembre de 2023).

11

Anexos

11. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS, BARRERAS Y FACILITADORES DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS

PRIMERA PARTE: Identificación de AC en los centros de salud SERGAS.

1. Personal que reporta la información:

a) Centro de salud: _____

b) Categoría profesional: _____

c) Género: _____

2. ¿Se trata de un centro acreditado para impartir docencia?

Sí

No

Si la respuesta a esta pregunta ha sido “No”, continúe en la pregunta 4.

3. Tipo de docencia impartida (Señale las que corresponda):

Grado de Enfermería

Grado de Medicina

Formación sanitaria especializada (EIR, MIR, PIR...)

Otros _____

4. Enumere las AC desarrolladas en las que han participado los profesionales de su centro de salud desde 2018-2022.

Título de las AC:

a) -----

b) -----

c) -----

d) -----

e) -----

f) -----

g) -----

SEGUNDA PARTE. Descripción de las AC

La segunda parte del cuestionario pretende recopilar información sobre las AC con participación de los profesionales del centro de salud, siendo necesario cumplimentar esta sección para cada una de las AC enumeradas en el punto 4 de la PRIMERA PARTE del cuestionario.

A) CARACTERÍSTICAS DE LA AC

5. Descripción general de la AC:

6. Fecha de desarrollo:

Inicio (mm/aaaa): _____ Finalización / finalización prevista (mm/aaaa): _____

7. Lugar donde se llevó o se lleva a cabo la AC:

- Centro de salud Colegio Centro sociocultural
 Otros _____

8. Número de sesiones de las que se compuso o compone la AC: _____

9. Frecuencia de realización de la AC:

- Puntual Mensual Bimestral
 Semestral Anual Otros _____
 No sabe/no contesta

10. La AC se desarrolló o se desarrolla conforme a:

- Una iniciativa de la propia comunidad (grupo de vecinos del barrio, asociaciones, etc...)
 Una iniciativa del propio profesional de Atención Primaria
 Una directriz de un responsable superior/gerencia Atención Primaria
 Otros _____
 No sabe/No contesta

11. Han participado o participan asociaciones o entidades colaboradoras:

- Sí No No sabe/no contesta

Si la respuesta es “No” o “No sabe/no contesta”, continúe en la pregunta 13.

12. Por favor, especifique el tipo de asociación y/o entidad colaboradora: (señale las que corresponda):

- Ayuntamiento Asociaciones sociales/culturales
 Asociaciones de vecinos Otras _____

13. ¿Cuál fue/es el tema abordado en la AC? (Señale las que corresponda):

- Tabaquismo Diabetes Sobrepeso/obesidad
 HTA Salud reproductiva Salud bucodental
 Caídas Otros _____ No sabe/no contesta

14. ¿Cuál fue el objetivo de la AC?:

15. ¿Qué tipo de intervención se realizó para el desarrollo de la AC? (Señale las que corresponda):

- Actividad física Educación y/o consejos para la salud
 Musicoterapia Otros _____
 No sabe/no contesta

16. ¿Se recibieron recursos específicos de la administración pública para el desarrollo de la AC?

- Sí No No sabe/no contesta

17. Nivel de participación de Atención Primaria en el desarrollo de la AC (Señale las que corresponda):

- Captación de participantes Desarrollo de la AC
 Evaluación de la AC No sabe/no contesta

B) PARTICIPANTES DE LA AC

18. ¿A qué población se dirigió o va dirigida la AC?:

- Niños (0-9 años) Adolescentes (10-19 años) Adultos (20-64 años)
 Mayores (>= 65 años) Inmigrantes Población general
 Cuidadores/as personas dependientes Padres/Madres/Tutores Otros _____

19. ¿Dónde fueron captados los participantes?

- Centro de salud Asociaciones Otros _____

20. ¿Qué estrategia se ha seguido para la captación de los participantes?:

- Cartas Carteles informativos Profesionales de AP
 No sabe/no contesta Redes sociales Otros _____
 Un grupo inicial se ofreció voluntario

21. Por favor, indique el número de participantes:

- Al inicio de la AC: _____ Al final de la AC: _____ No sabe/no contesta

22. Motivos referidos por los participantes de abandono o no asistencia (si procede):

- Pérdida de interés Incompatibilidad horaria
 Olvido No sabe/no contesta
 Otros: _____

23. ¿Cuál fue/es el nivel de participación de la población a la que se dirigió/se dirige la AC?:

- Asistente pasivo (los participantes se limitan a asistir a la AC sin desempeñar en ella ninguna otra función ni vínculo)
 Colaborador (los participantes complementan el desarrollo de la AC)
 Autogestión (son los propios participantes los encargados del desarrollo y continuidad de la AC, por ej. Mediante la figura del “paciente experto”)
 No sabe/no contesta

C) PERSONAL IMPLICADO EN LA AC

24. ¿Qué tipo de profesionales participan o participaron en el desarrollo de la AC? (Señale las que corresponda):

- Personal del Ayuntamiento
- Personal de asociaciones
- Enfermero/a
 - Enfermero/a especialista Familiar y Comunitaria
 - Enfermero/a especialista Obstétrico-Ginecológica (matrona)
 - Enfermero/a especialista Pediatría
 - Enfermero/a especialista Salud Mental
 - Médico/a
 - Residente de Formación Sanitaria Especializada (especificar): _____
 - Trabajador/a social
 - Otros _____

25. ¿Algún perfil profesional o persona lideró o lidera la AC (con mayor iniciativa o implicación en el desarrollo de esta)?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

Si la respuesta es No o No sabe/no contesta, pase a la pregunta 27

26. ¿Quién lideró o lidera la AC?:

- Personal del Ayuntamiento
- Personal de asociaciones
- Enfermero/a
- Enfermero/a especialista Familiar y Comunitaria
- Enfermero/a especialista Obstétrico-Ginecológica (matrona)
- Enfermero/a especialista Pediatría
- Enfermero/a especialista Salud Mental
- Médico/a
- Residente de Formación Sanitaria Especializada (especificar): _____
- Trabajador/a social
- Otros _____

27. ¿Cuántos profesionales de Atención Primaria participaron en la AC?:

28. ¿La AC se ha desarrollado/se desarrolla en el horario laboral de los profesionales de Atención Primaria implicados?

- Sí
- No

Si la respuesta a la pregunta es “No”, continúe en la pregunta 30.

29. ¿Se han adaptado las agendas de los profesionales de Atención Primaria implicados para el desarrollo de la AC?

- Sí
- No

D) EVALUACIÓN DE LA AC

30. ¿Cómo fue la AC evaluada? (Señale las que corresponda):

- No se evaluó
- Se evaluó la asistencia
- Se evaluó el impacto en la salud (mediante escalas, analíticas, etc)
- Mediante cuestionarios pre-post intervención
- Mediante encuesta de satisfacción
- Otros _____
- No sabe/no contesta

31. Breve reseña del resultado/impacto logrado en los participantes, si procede:

TERCERA PARTE. Identificación de barreras y facilitadores detectados para el desarrollo de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.

32. En su opinión, señale qué factores o circunstancias identifica como “barreras o dificultades” para el desarrollo de AC en su centro (Señale las que corresponda):

- Falta de conocimiento de los profesionales del centro para desarrollar AC con éxito.
- Falta de motivación o de interés en AC de los profesionales del centro.
- Agendas de trabajo de los profesionales del centro saturadas.
- Falta de apoyo organizativo por parte de la administración para adaptar las agendas de trabajo de los profesionales del centro.
- Falta de financiación por parte de la administración para el desarrollo de AC en el centro.
- Otras (texto libre): _____

33. En su opinión, señale qué factores o circunstancias identifica como “facilitadores” para el desarrollo de AC en su centro (Señale las que corresponda):

- Conocimiento de los profesionales del centro en AC.
- Motivación o interés de los profesionales del centro en la realización de AC.
- Agendas de trabajo de los profesionales flexibles para poder realizar AC.
- Apoyo organizativo por parte de la administración para adaptar las agendas de trabajo de los profesionales del centro.
- Posibilidad de financiación por parte de la administración para el desarrollo de AC en el centro
- Otras (texto libre): _____

ANEXO 2. CUESTIONARIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRIMERA PARTE. DATOS GENERALES

1. Género:

- Femenino
- Masculino
- Otro

2. Edad (en años): _____

3. Universidad:

- Santiago de Compostela
- Otra

4. ¿Qué año del Grado de Enfermería está usted cursando actualmente?

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto

5. ¿En qué área/s de enfermería preferiría trabajar cuando se gradúe? (Señale las que correspondan):

- Enfermería comunitaria
- Enfermería médico-quirúrgica
- Enfermería pediátrica
- Servicios especiales (Urgencias, UCI, REA)
- Enfermería obstétrico-ginecológica
- Enfermería de la salud mental
- Enfermería del trabajo
- Enfermería geriátrica
- Otras áreas de enfermería. Indique cual: _____
- No lo he decidido todavía

6. ¿Ha recibido algún tipo de formación sobre Actividades Comunitarias en el Grado de Enfermería?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

7. Al margen de la formación facilitada en el Grado de Enfermería sobre Actividades Comunitarias ¿Ha buscado información por su cuenta para profundizar sobre el tema?

- Sí
 - No
 - No sabe/no contesta
- Si la respuesta es “No” o “No sabe/no contesta”, continúe en la pregunta 9

8. ¿De qué fuente(s) ha obtenido la información sobre Actividades Comunitarias? (Señale las que correspondan):

- Libros
- Guías de práctica clínica elaborados por el Ministerio o Comunidad Autónoma
- Artículos científicos
- Internet (Google)
- Cursos de formación específicos presencial/online
- Otras fuentes (Especificar): _____
- No sabe/no contesta

9. ¿Le han explicado en qué consiste la Prescripción Social en el Grado de Enfermería?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

10. ¿Ha realizado alguna rotación en Atención Primaria durante las prácticas de la carrera?

- Sí
 - No
- Si la respuesta es “No”, continúe en la pregunta 14

11. Durante su rotación por Atención Primaria, ¿algún profesional le explicó en qué consiste una Actividad Comunitaria?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

12. Durante su rotación por Atención Primaria, ¿algún profesional le explicó en qué consiste la Prescripción Social?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

13. Durante su rotación por Atención Primaria, ¿ha visto o participado en el desarrollo de alguna Actividad Comunitaria?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

SEGUNDA PARTE. CONOCIMIENTO SOBRE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

14. Una Actividad Comunitaria se puede definir como:

- Cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades, de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar
- Aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y está dirigida a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades
- El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla
- El proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva
- No sabe/no contesta

15. Señale cuál/cuáles de las siguientes acciones considera Actividad Comunitaria (señale las que correspondan):

- Una charla sobre higiene bucodental en el colegio impartida por personal sanitario del centro de salud de la zona
- La entrega y explicación de dípticos informativos sobre alimentación saludable a las puertas del centro de salud de la zona, en el Día Mundial contra la Obesidad
- Sesiones grupales sobre alimentación saludable, solicitadas por los vecinos del barrio con sobrepeso, con posterior evaluación de conocimientos adquiridos; en la que los propios participantes contribuyen narrando sus experiencias
- La campaña de vacunación antigripal
- No sabe/no contesta

16. ¿Existe evidencia de que las Actividades Comunitarias pueden generar un impacto positivo para la salud de los participantes en la esfera física, psíquica y/o social?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

17. Señale los posibles lugares en los que, desde Atención Primaria, se podría llevar a cabo una Actividad Comunitaria (señale las que correspondan):

- El colegio
- Un centro sociocultural de mayores
- Un centro de salud
- Ninguna de las anteriores
- No sabe/no contesta

18. ¿Considera que los términos “Actividad Comunitaria” y “Actividad de promoción de la salud” son sinónimos?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

19. ¿Conoce en qué consiste una Prescripción Social desarrollada desde el ámbito de Atención Primaria?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

Si la respuesta es “No” o “No sabe/no contesta”, continúe en la pregunta 21

20. Señale cuál/cuáles de las siguientes acciones considera Prescripción Social (señale las que correspondan):

- Paciente con sobrepeso (IMC 28) que acude a la consulta de enfermería para bajar de peso, y es derivado a sesiones semanales en las que se realizan caminatas grupales de marcha nórdica
- Talleres de mindfulness desarrollado por enfermería de Atención Primaria en el centro de salud
- La derivación por un médico de Atención Primaria a sesiones de fisioterapia de un paciente con lumbociatalgia
- Una charla informativa impartida por personal de enfermería en el centro de salud, a personas mayores de 65 años, sobre los beneficios de practicar Yoga
- No sabe/no contesta

21. ¿Conoce en qué consisten los activos de salud de una zona básica de salud?

- Sí
- No
- No sabe/ no contesta

Si la respuesta es “No” o “No sabe/no contesta”, continúe en la pregunta 23

22. Los activos de salud se pueden definir como:

- Infraestructuras destinadas a la asistencia sanitaria con ánimo de lucro necesariamente
- Cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de los individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, contribuyendo a reducir las desigualdades en salud
- Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana
- No sabe/no contesta

TERCERA PARTE. ACTITUD SOBRE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

23. Como futuro profesional sanitario, ¿estaría dispuesto a participar en el desarrollo de Actividades Comunitarias si desempeñase su labor asistencial en Atención Primaria?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

24. ¿Qué categoría profesional considera usted que debería asumir el liderazgo del desarrollo de Actividades Comunitarias en Atención Primaria? (Señale las que correspondan):

-  Enfermería
 Medicina

- Residentes de Formación Sanitaria Especializada (EIR, MIR...)
- Trabajo social
- Otros (Especificar): _____
- No sabe/no contesta

25. ¿Cuál es su nivel de interés en cuanto a la adquisición de más conocimientos sobre el desarrollo de Actividades Comunitarias en Atención Primaria?

- Muy desinteresado
- Desinteresado
- Neutral
- Interesado
- Muy interesado

Si la respuesta es “Muy desinteresado” /“Desinteresado” /“Neutral”, continúe en la pregunta 28

26. ¿Cuál es el motivo por el que desea aumentar su formación en este campo? (Señale las que correspondan):

- Le gustaría participar en el desarrollo de alguna Actividad Comunitaria desarrollada desde su centro de salud
- Le gustaría liderar las Actividades Comunitarias propuestas en su centro de salud
- Le gustaría aumentar los conocimientos en este campo
- Otros (Especificar): _____
- No sabe/no contesta

27. ¿A través de qué fuente le gustaría aprender más sobre Actividades Comunitarias? (Señale las que correspondan)

- Asignaturas del Grado de Enfermería
- Autoformación a través de buscadores online
- Curso acreditado presencial u online
- Otros (Especificar): _____
- No sabe/no contesta

CUARTA PARTE. PERCEPCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Por favor, marque del 1 al 5, siendo 1 "Muy en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo", su grado de aprobación con los siguientes enunciados.

28. El desarrollo de Actividades Comunitarias puede mejorar el abordaje de patologías crónicas como hipertensión, depresión u obesidad

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. El desarrollo de Actividades Comunitarias en el ámbito de Atención Primaria surge del voluntarismo de los profesionales

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. El desarrollo de Actividades Comunitarias en los centros de salud es escaso

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31. El desarrollo de Actividades Comunitarias en los centros de salud no está estandarizado

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Formar a los profesionales de Atención Primaria en Actividades Comunitarias de manera específica, contribuiría a fomentar el desarrollo de este tipo de intervenciones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. El fomento y la promoción de las Actividades Comunitarias en el ámbito de Atención Primaria por parte de las instituciones sanitarias, es adecuada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ANEXO 3. CUESTIONARIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA SOBRE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

PRIMERA PARTE. CONOCIMIENTO SOBRE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

1. ¿Conoce en qué consiste una Actividad Comunitaria desarrollada desde el ámbito de Atención Primaria?

- Sí No

Si la respuesta es "no" continúe en la pregunta 7.

2. Señale cuál/cuáles de las siguientes acciones considera Actividad Comunitaria (señale las que corresponda):

- a. Una charla sobre higiene bucodental en el colegio impartida por personal sanitario del centro de salud de la zona.
- b. La entrega y explicación de dípticos informativos sobre alimentación saludable a las puertas del centro de salud de la zona, en el Día Mundial contra la Obesidad.
- c. Sesiones grupales sobre alimentación saludable, solicitadas por los vecinos del barrio con sobrepeso, con posterior evaluación de conocimientos adquiridos; en la que los propios participantes contribuyen narrando sus experiencias.
- d. La campaña de vacunación antigripal
- e. No sabe/no contesta

3. Una Actividad Comunitaria se puede definir como:

- a. Cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades, de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar.
- b. Aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y está dirigida a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.
- c. El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.
- d. El proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva

- e. No sabe/no contesta

4. ¿Existe evidencia de que las AC pueden generar un impacto positivo para la salud de los participantes en la esfera física, psíquica y/o social?

- Sí No No sabe/no contesta

5. Señale los posibles lugares en los que, desde Atención Primaria, se podría llevar a cabo una Actividad Comunitaria (señale las que corresponda):

- a. El colegio
- b. Un centro sociocultural de mayores
- c. Un centro de salud
- d. Ninguna de los anteriores
- d. No sabe/no contesta

6. Desde su punto de vista como profesional sanitario, ¿considera que los términos “Actividad Comunitaria” y “Actividad de promoción de la salud” son sinónimos?

- Sí No No sabe/no contesta

7. ¿Conoce en qué consiste una Prescripción Social desarrollada desde el ámbito de Atención Primaria?

- Sí No

Si la respuesta es "no" continúe en la pregunta 9.

8. Señale cuál/cuales de las siguientes acciones considera Prescripción Social (señale las que corresponda)

- a. Paciente con sobrepeso (IMC 28) que acude a la consulta de enfermería para bajar de peso, y es derivado a sesiones semanales en las que se realizan caminatas grupales de marcha nórdica.
- b. Talleres de mindfulness desarrollado por enfermería de Atención Primaria en el centro de salud.
- c. La derivación por un médico de Atención Primaria a sesiones de fisioterapia de un paciente con lumbociatalgia.
- d. Una charla informativa impartida por personal de enfermería en el centro de salud, a personas mayores de 65 años, sobre los beneficios de practicar Yoga.
- e. No sabe/no contesta

9. ¿Conoce los activos comunitarios de su zona básica de salud, como por ejemplo: talleres de memoria, sesiones gratuitas de yoga al aire libre, encuentros para realizar marcha nórdica, etc.?

- Sí No No sabe/no contesta

SEGUNDA PARTE. ACTITUD SOBRE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión sobre cada uno de los siguientes enunciados.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
10. El abordaje comunitario realizado desde Atención Primaria en su área sanitaria es suficiente.					
11. La Atención Primaria debiera ser el ámbito asistencial referente para la realización de Actividades Comunitarias.					
12. Usted posee la formación necesaria para realizar Actividades Comunitarias con éxito.					
13. Las actividades Comunitarias deben evaluarse para conocer el posible impacto en la salud de sus participantes.					
14. Considera útil la realización de encuestas de satisfacción a los participantes de Actividades Comunitarias tras su finalización.					
15. Como profesional sanitario, participaría en el desarrollo de alguna Actividad Comunitaria si se lo propusieran sus compañeros del equipo de Atención Primaria.					
16. Como profesional sanitario, participaría en el desarrollo de alguna Actividad Comunitaria si se lo propusieran desde dirección del servicio de Atención Primaria.					
17. Considera que el desarrollo de Actividades Comunitarias en el ámbito de Atención Primaria mejora el abordaje de patologías crónicas como hipertensión, depresión u obesidad.					
18. Un profesional referente en Actividades Comunitarias en los centros de salud, facilitaría la estandarización y la participación del equipo asistencial en el desarrollo de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
19. El desarrollo de Actividades Comunitarias en el ámbito de Atención Primaria surge del voluntarismo de los profesionales.					
20. Es necesario aumentar la difusión de las Actividades Comunitarias desarrolladas en los centros de salud para visibilizar su relevancia y fomentar la participación ciudadana.					

TERCERA PARTE. PRÁCTICA RELACIONADA CON EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

21. ¿Qué profesional considera usted que debería asumir el liderazgo del desarrollo de Actividades Comunitarias en Atención Primaria?

- Enfermero/a
- Enfermero/a especialista Familiar y Comunitaria
- Enfermero/a especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermero/a especialista Pediatría
- Enfermero/a especialista Salud Mental
- EIR
- Médico/a (adjunto)
- MIR
- Trabajador/a social
- Otros _____

22. ¿Ha recibido formación específica sobre la realización de Actividades Comunitarias desde Atención Primaria en los últimos 4 años?

- Sí No

23. Si tuviese la oportunidad, ¿realizaría formación específica sobre Actividades Comunitarias para el ámbito de Atención Primaria?



- Sí No

Si la respuesta es “no”, continúe con la pregunta 25.

24. ¿Cuál es el motivo por el cuál desea aumentar su formación en este campo? (Señale las que corresponda)

- Le gustaría participar en el desarrollo de alguna AC desarrollada desde su centro de salud
- Le gustaría liderar las Actividades Comunitarias propuestas en su centro de salud
- Le gustaría aumentar los conocimientos en este campo
- Otros: _____
- No sabe/no contesta

25. ¿Cree usted que el desarrollo de Actividades Comunitarias desde el ámbito de Atención Primaria está estandarizado?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

26. ¿Considera usted que el desarrollo de Actividades Comunitarias en los centros de salud es escaso?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

27. ¿Considera usted que ha participado en alguna Actividad Comunitaria en los últimos 4 años en el ámbito de Atención Primaria?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

28. ¿Considera usted que existe apoyo por parte de la administración para facilitar el desarrollo de Actividades Comunitarias desde su centro de salud?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

CUARTA PARTE. DATOS GENERALES

29. Sexo:

- Masculino
- Femenino

30. Edad (en años): _____

31. Profesión:

- Enfermero/a
- Enfermero/a especialista Familiar y Comunitaria



Enfermero/a especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Enfermero/a especialista Pediatría

- Enfermero/a especialista Salud Mental
- EIR
- Médico/a (adjunto)
- MIR
- Trabajador/a social
- Otros

32. Área Sanitaria a la que pertenece actualmente:

- Coruña y Cee
- Ferrol
- Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos
- Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras
- Pontevedra y O Salnés
- Santiago de Compostela y Barbanza
- Vigo
- Otras

33. Centro de trabajo actual: _____

34. Tiempo (en años) de experiencia en Atención Primaria (incluir los años como residente si fuera el caso): _____

ANEXO 4. DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA SANTIAGO-LUGO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO-LUGO

Ana Estany Gestal, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo,

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 20 de julio de 2022 del estudio:

Título: Actividades Comunitarias en la Atención Primaria de Galicia. Un estudio descriptivo transversal

Versión: v1

Promotor/a: Diego Gabriel Mosteiro Miguéns

Investigador/a: Diego Gabriel Mosteiro Miguéns

Código de Registro: 2022/277

Y que este Comité, tomando en consideración la pertinencia del estudio, el conocimiento disponible, los requisitos legales aplicables, y los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité, considera que a dicho protocolo **NO LE APLICA LA EVALUACIÓN** de dicho Comité, por las siguiente consideración:

Los estudios objeto de valoración de los CEI son los estudios de investigación con seres humanos, su material biológico o sus datos de carácter personal tal como se contempla en el artículo 7 del Decreto 63/2013, del 11 de abril, por el que se regulan los comités de ética de la investigación en Galicia publicado en el DOG núm. 77, el 22 de abril de 2013:

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2013/20130422/AnuncioC3K1-150413-0001_gl.html

Documento asinado dixitalmente por:
Ana Estany Gestal (01/08/2022 14:55)
<https://sede.xunta.gal/cve?hdv=SAOC-R4G4-BOAH-OF4O-TR15-6FYK-EIHD-ZI65-9358-5586-19>



Comité Territorial de Santiago y Lugo
XERENCIA DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
Complexo Administrativo de San Lázaro
15781 Santiago de Compostela
T. 881 546425
ceic@sergas.gal
<https://acis.sergas.es/cartafol/Redes-de-Comites-de-Etica-da-Investigacion>

ANEXO 5. FILIACIÓN DE LOS AUTORES DE LAS PUBLICACIONES INCLUIDAS EN LA TESIS

1. Mosteiro-Miguéns DG, Rodríguez-Fernández A, Zapata-Cachafeiro M, Vieito-Pérez N, Represas-Carrera FJ, Novío Mallón S. **Community activities in primary care: a literature review.** J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>.

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Centro de salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Almudena Rodríguez Fernández:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

Maruxa Zapata Cachafeiro:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

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

Natalia Vieito Pérez:

- Servizo Galego de Saúde, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela, España

Francisco Jesús Represas Carrera:

- Servicios de Salud (I-Saúde), Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España

Silvia Novío Mallón:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

2. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. **Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo.** Aten Primaria. 2025;57:103134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>.

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Centro de salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Maruxa Zapata Cachafeiro:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

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

Silvia Novío Mallón:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Tania Alfonso González:

- Centro de salud Bertamiráns, Ames, A Coruña, España

Daniel De Bernardo Roca:

- Centro de salud Bandeira, Silleda, Pontevedra, España

Almudena Rodríguez Fernández:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

3. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study.** Public Health Nurs. 2024;41:1144–53. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>.

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

- Centro de salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Maruxa Zapata Cachafeiro:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

Silvia Novío Mallón:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Iria Lareu Coego:

- Servizo Galego de Saúde, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela, España

Natalia Vieito Pérez:

- Servizo Galego de Saúde, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela, España

Almudena Rodríguez Fernández:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España
4. Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study.** Fam Pract. 2025:cmae056. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>.

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Centro de salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Maruxa Zapata Cachafeiro:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

Silvia Novío Mallón:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Natalia Vieito Pérez:

- Servizo Galego de Saúde, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela, España

Tania Alfonso González:

- Centro de salud Bertamiráns, Ames, A Coruña, España

Almudena Rodríguez Fernández:

- Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España
- Consorcio de Investigación Biomédica en Epidemiología y Salud Pública (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

ANEXO 6. COPIAS ÍNTEGRAS DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS



ARTÍCULO 1

Reviews

Community Activities in Primary Care: A Literature Review

Journal of Primary Care & Community Health
Volume 15: 1–15
© The Author(s) 2024
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/21501319231223362
journals.sagepub.com/home/jpc



Diego Gabriel Mosteiro Miguéns¹ ,
Almudena Rodríguez Fernández^{2,3,4} ,
Maruxa Zapata Cachafeiro^{2,3,4}, Natalia Vieito Pérez⁵,
Francisco Jesús Represas Carrera⁶, and Silvia Novío Mallón²

Abstract

Community health promotion activities are a useful tool for a proactive approach to healthy lifestyles. However, the implementation of these types of activities at health centers is not standardized. The aim of this review was to analyse the characteristics of community activities undertaken in the primary care setting and substantiate available evidence on their health impact. We conducted a bibliographic review until November 15th, 2023 in the TRIPDATABASE, MEDLINE, EMBASE, and DIALNET databases. We included original papers on interventions, community activities, and actions and/or social prescriptions which had been implemented in a Primary Care setting, included a group approach in at least one session, and described some type of evaluation of the intervention applied. Studies targeted at professionals and those without involvement of the primary care team were excluded. The search identified 1912 potential studies. We included a total of 30 studies, comprising 11 randomized clinical trials, 14 quasi-experimental studies, 1 cohort study, and 4 qualitative studies. The issues most frequently addressed in community activities were healthy habits, physical activity, cardiovascular diseases and diabetes. Community activities can improve the physical and psychological environment of their participants, as well as their level of knowledge about the issues addressed. That said, however, implementation of these types of interventions is not uniform. The existence of a professional community-activity liaison officer at health centers, who would help integrate the health system with the community sector, could serve to standardize implementation and maximize the health impact of these types of interventions.

Keywords

community activity, community intervention, community program, primary health care, social intervention, social prescription

Dates received 29 October 2023; revised 30 November 2023; accepted 1 December 2023

Impact Statement

This review serves to clarify which community activities are most effective for being undertaken in primary care (PC), and will also help health professionals conduct these interventions for the community with greater prospects of success. This will improve the population's healthy behaviors, boost empowerment for self-care purposes, and reduce the overload on the healthcare system.

Introduction

Growing population aging, along with a higher incidence of chronic diseases, raises the need for a more pro-active

¹Healthcare Centre of Concepción Arenal, Santiago de Compostela, Spain

²University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

³Consortium for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health (CIBER of Epidemiology and Public Health, CIBERESP) Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

⁴Health Research Institute of Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, Spain

⁵University Hospital Complex of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

⁶I-Health Group of Galicia South Health Research Institute (IISGS), Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Spain

Corresponding Author:

Almudena Rodríguez Fernández, Department of Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, R. de Entreríos, 1, Santiago de Compostela 15782, Spain.
Email: almudena.rodriguez@usc.es



Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

healthcare model that addresses health determinants more comprehensively.¹ Lifestyle is the main determinant of the status of population health.² Unhealthy behaviors like alcohol consumption and smoking are risk factors for high-prevalence diseases, such as cancer and cardiovascular diseases, which substantially affect people's quality of life.³⁻⁶ Currently, promotion of healthy lifestyles from a community perspective is advocated as the most effective approach for preventing chronic diseases and achieving holistic and integrated care of the individual.^{7,8}

Community activities (CA) are defined as “all those intervention and participation activities that are carried out by groups that have common characteristics, needs or interests and are aimed at promoting health, increasing quality of life and social well-being, enhancing the capacity of individuals and groups to address their own problems, demands or needs.”⁹ CA-based interventions have succeeded in improving health behaviors related to regular physical exercise,¹⁰ dietary habits,^{11,12} and emotional state.^{13,14}

Given its accessibility and function as a gateway to the health system, the PC healthcare environment enjoys a privileged position for implementation of CA targeted at promoting health-related behaviors in the community.¹⁵ Yet, evidence on the conduct of PC-led community activities is unclear. It is necessary to unify the action criteria governing their implementation and ascertain which CA, with participation of PC teams (PCTs), generate the greatest health benefits. Hence, the aim of this study was to analyse the characteristics of CA undertaken in PC settings, and examine the available evidence on the health impact of such activities.

Methods

Search Strategy

We conducted a search in the TRIPDATABASE, MEDLINE, EMBASE, and DIALNET databases until November 15th, 2023 (Figure 1). The search strategy used for TRIPDATABASE, MEDLINE and EMBASE was: (“community activity” OR “community program” OR “community intervention” OR “social prescription” OR “social prescribing” OR “social intervention”) AND (“primary care” OR “primary health care”). In addition, the search terms used in DIALNET were: social prescription, community action, community activity, community intervention, and intervention in the community.

Inclusion and Exclusion Criteria

We included all papers in which the intervention met the agreed CA definition drawn up by experts.⁹ We selected all original papers on interventions, community activities, and actions and/or social prescriptions (SPr) which had been

implemented in a PC setting, included a group approach in at least one session, and described some type of evaluation of the intervention applied. The following were excluded: studies brief or one-time intervention whose CA were exclusively targeted at professionals; those where the PCT's action was limited to the capture of participants; and those in which the selection criteria could not be ascertained after consulting the corresponding author.

Data-extraction and Analysis

We applied a two-step inclusion process. Firstly, the references found were separately reviewed by pairs of reviewers (D.G.M.M., A.R.F., S.N.), after perusal of the title and abstract.

Secondly, after a reading of the full text, papers that failed to meet the selection criteria were discarded. The authors of papers were contacted in cases where there were missing study data that might have allowed for the papers' inclusion among those selected. Differences of opinion were discussed and settled by the reviewers. (A.R.F., S.N., D.G.M.M.).

The data were extracted by one of the authors, and (D.G.M.M.) variables relating to CA, the target population and PCT were analyzed by reference to the classification of their characteristics made by the authors (Supplemental Table S1).

Results

Characteristics of the Studies Selected

Figure 1 shows the search process and the results obtained with respect to CA undertaken in primary care. Once all duplicated results had been eliminated, 1912 references were identified; and after application of the pre-established selection criteria, a total of 30 papers were finally selected. Additional details about the characteristics of the papers selected are shown in Tables 1 and 2.

Characteristics of Community Activities

The issues most frequently addressed by CA were healthy lifestyles and health promotion,^{26,29,33} engagement in physical activity,^{22,24,28,38,39} cardiovascular diseases or their risk factors,^{16,19,25} diabetes,^{23,30,38,40} and childhood obesity.^{27,32}

In terms of the type of intervention carried out, only 2 CA exclusively based on SPr were identified.^{24,25} Another 2 studies—both of which stemmed from the EIRA Project— included some SPr-type activity that complemented the implementation of the CA.^{23,33}

Use of technologies was observed in 5 of the studies selected, with online training programmes^{19,33,36} and specific mobile applications being used.^{23,32}

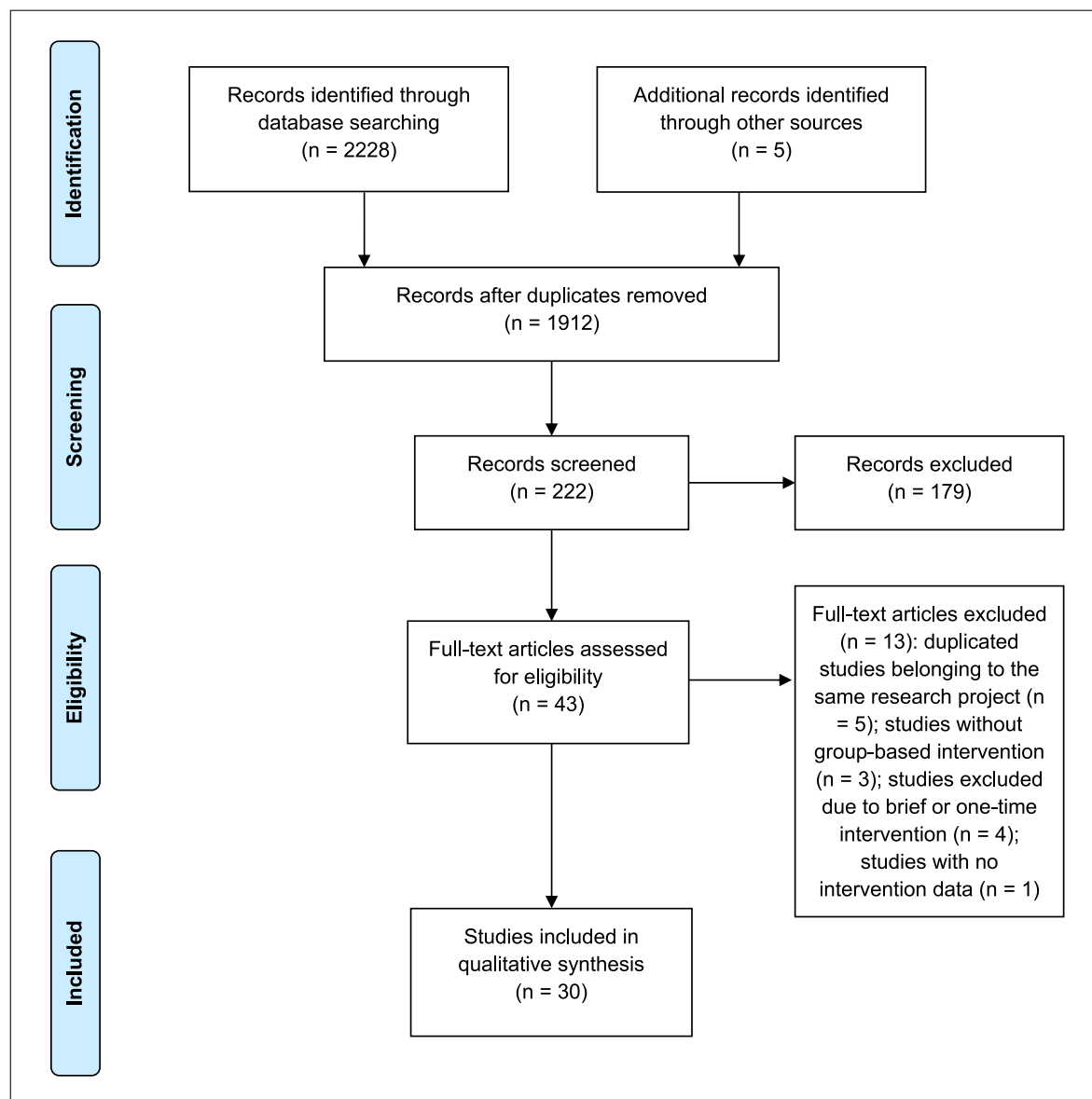


Figure 1. PRISMA 2009 flow diagram of the original studies included in the review.

Only 8 studies formed part of a project within the framework of a community health promotion strategy: these were the “PAS a PAS” project,¹⁶ EIRA Project,^{23,33} “+Agil Barcelona,”¹⁸ “PROGRAMA CONECTA ACTIUS PER A LA SALUT,”³⁹ “Alianza health and wellbeing model for healthier communities” programme,³¹ “Barcelona Health in the Neighborhoods”¹⁷ and “Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program” (ACHRU-CPP).³⁰

In all the studies, the process was evaluated by means of monitoring attendance and outcomes. Only 6 studies, however, analyzed the participants’ opinions about or satisfaction with the CA.^{17,19,20,31,33,36}

Effectiveness of Community Activities

The CA were effective in 22 of the 30 studies selected, with 7 having a positive effect on healthy lifestyles,^{16,24,25,32-34,41}

Table I. Main Characteristics of the CA of the Studies.

Author	Country	Topic	Objective	Study design	Type of intervention	Type of evaluation	Effectiveness of intervention	Number of sessions	Duration of intervention	Funding
Björkelund et al ²⁵	Sweden	CV risk	To assess the effectiveness of a lifestyle modification intervention	Quasi-experimental	HE and PA	Process and results	Improved diet and exercise	12	3 months	Yes
Gorguet Pi et al ⁴¹	Cuba	Alcohol consumption and physical violence	To assess the impact of a communitarian intervention	Quasi-experimental	HE with educational lectures	Process and results	Positive modification of alcohol-dependents' criteria and attitudes	24	6 months	No
Pujjula Blanch et al ²⁰	Spain	Fall prevention	To evaluate the effectiveness of a multifactorial, community-based intervention program	Quasi-experimental	CA, approach to professionals and individual activities in consultation and at home	Process (with feedback and satisfaction) and results	Reduction of the consequences, but not of the number of falls	NA	24 months	No
Ariza Copado et al ³⁵	Spain	DM II	To assess the metabolic control and cardiovascular risk factors	RCT	HE and PA	Process and results	Improved control, adherence and patient attitude	8	6 months	Yes
Chan et al ²¹	China	Self-care in chronic diseases	To evaluate the effectiveness of a program to improve self-management	Quasi-experimental	HE	Process and results	Improved self-care, self-efficacy and health status	6	6 weeks	Yes
López Castañón et al ⁴⁵	Spain	Osteoporosis	To evaluate the effectiveness of a health education program	Quasi-experimental	HE (group workshops on menopause, osteoporosis, balanced diet, PA, and lifestyles)	Process and results	Improvement of self-care, knowledge, skills, and attitudes	4	8 months	No
López-Téllez et al ²²	Spain	PA and quality of life	To evaluate the effectiveness of a socio-motor program	Quasi-experimental	HE (lectures, PA and social events)	Process and results	Improved walk, flexibility, strength, dynamic balance and quality of life	57	6 months	NA
Arauz Boudreau et al ²⁷	USA	Child obesity	To assess the feasibility and effectiveness of a intervention to control body weight	RCT	HE	Process and results	No change for metabolic markers of obesity, BMI or PA	6	7.5 months	Yes
Galaviz et al ²⁴	Canada	PA	To assess the effectiveness of an intervention to promote PA	Quasi-experimental	PA	Process and results	Brief PA counseling and/or PA prescription is effective for improving PA	8	2 months	No
Madridejos Mora et al ¹⁹	Spain	Cardiovascular health	To assess the effectiveness of a training program supplemented by a web site and community activities in order to improve the knowledge	RCT	Classroom course, Web support and complementary activities	Process (with satisfaction) and results	Improved PA and knowledge of CVRF and decrease in the number of Primary Care visits	8	1 month	No

(continued)

Table 1. (continued)

Author	Country	Topic	Objective	Study design	Type of intervention	Type of evaluation	Effectiveness of intervention	Number of sessions	Duration of intervention	Funding
González González et al. ²⁶	Spain	Health promotion	To evaluate the effectiveness of a health education program for improving knowledge	Quasi-experimental	HE (lectures on healthy diet, PA, CPR, CVRF, stress, smoking, sexuality, and reading, discussion and video groups)	Process and results	Improved knowledge about diet, PA, CVRF, basic life support, stress management, sexuality and menopause	9	NA	NA
Lussier et al. ¹⁶	Canada	Chronic patient management	Evaluate the effectiveness of educational approaches based on "e-Learning WEB" on doctor-patient communication	RCT	"e-Learning WEB" vs "e-Learning WEB + nursing workshop"	Process (with satisfaction) and results	Improved doctor-patient relationship and increased patient participation in clinical encounters	2	19 months	Yes
Arija et al. ¹⁶	Spain	CV disease prevention	To evaluate the effectiveness of a PA program	RCT	PA and sociocultural activities on diet and CVRF	Process and results	Improved systolic blood pressure, total cholesterol, LDL levels, REGICOR score; and increased PA and fewer CV events	72	9 months	Yes
Camps et al. ²⁹	Spain	Healthy habits	To assess the effectiveness of an intervention based on healthy lifestyles to reduce the body weight	Quasi-experimental	HE and PA	Process and results	Increased knowledge, but no improvement in body weight	20	15 months	Yes
Livingood et al. ³²	USA	Child obesity	To assess the usefulness of digital communication interventions	Qualitative study	Photo-voice interviews and focus groups	Process and results	Digital technology improving adolescent nutrition and PA health promotion	18	36 months	Yes
Calderón Larrañaga et al. ³⁴	Spain	Oral health	To evaluate effectiveness of a promotion program to improve knowledge and behavior	Quasi-experimental	HE	Process and results	Enhanced oral health knowledge and increased consumption of healthy foods at breakfast	6	18 months	No
Pérez Bazán et al. ¹⁸	Spain	Functionality of the frail elderly	To assess the impact of a multidisciplinary intervention on physical function	Cohort study	PA, nutrition, HE and accuracy medical treatment	Process and results	Improved physical function	10	3 months	Yes
Pons-Vigüés et al. ³³	Spain	Healthy habits (EIRA Project)	To evaluate the effectiveness of an intervention on health promotion	Qualitative study	Individual and community intervention (SPt) + Web and HE brochures + SMS	Process (with satisfaction) and results	Increased motivation and healthy behaviors	NA	7 months	Yes

(continued)

Table 1. (continued)

Author	Country	Topic	Objective	Study design	Type of intervention	Type of evaluation	Effectiveness of intervention	Number of sessions	Duration of intervention	Funding
Calatayud et al ⁴³	Spain	Cognitive impairment	To analyze the efficacy of a cognitive stimulation program	RCT	Cognitive stimulation	Process and results	Improvement in MEC score	10	26 months	No
Mikiavici et al ⁴⁰	Canada	DM II	To evaluate the effect of a CA on physical functioning, mental health, depressive symptoms, anxiety, self-efficacy, self-care, and health costs	RCT	HE, PA and complementary activities	Process and results	Improvements in mental functioning only in participants with worse mental health	15	6 months	Yes
Bhatti et al ³¹	Canada	Self-determination	To explore the impact of SP- on patients' health and wellbeing	Qualitative study	SP-	Process (with satisfaction) and results	Improved mental health and ability in self-management of chronic conditions	3	12 months	Yes
Gómez-Soria et al ³⁷	Spain	Cognitive impairment	To assess the effectiveness of an intervention based on cognitive stimulation	RCT	Cognitive stimulation program	Process and results	Improvement cognitive performance	10	10 weeks	No
López-Martí et al ³⁸	Spain	Functional physical condition	To evaluate the effectiveness of an active aging program	Quasi-experimental	HE, PA and social activities	Process and results	Improved functional fitness (walk, flexibility, strength and dynamic balance)	39	4 months	Yes
Martín-Doménech et al ³⁹	Spain	PA	To assess the effectiveness of prescription of PA to improve the self-esteem and health-related quality of life	Quasi-experimental	Prescription of PA	Process and results	Improvement in quality of life, health perception and self-esteem	24	3 months	Yes
Represas-Carrera et al ²¹	Spain	DM (EIRA Project)	To evaluate the effectiveness of a multicomponent intervention on glycemic control	RCT	Focus groups, videoconference and telephone interviews	Process and results	No significant changes in glycemic control or BP, sedentary lifestyle, smoking and quality of life. Improved adherence to Mediterranean diet	2 (group sessions)	12 months	Yes
Rodríguez-Romero et al ⁴⁴	Spain	Loneliness	To assess the impact of CA on loneliness, perceived depression, social support and quality of life	RCT	Educational workshops, mindfulness, yoga, walks and visits to urban gardens	Process and results	Improved perception of loneliness, depressive symptoms, social support and mental health component of quality of life	18	6 months	Yes
Lapena et al ¹⁷	Spain	Social isolation	To evaluate the effectiveness of the intervention "School of Health for Older People"	Quasi-experimental	HE (Discussions on health, including biological, psychological and social topics)	Process (with satisfaction) and results	Improved mental health and maintained quality of life and social support	22	6 months	Yes

(continued)

Table I. (continued)

Author	Country	Topic	Objective	Study design	Type of intervention	Type of evaluation	Effectiveness of intervention	Number of sessions	Duration of intervention	Funding
López-Téllez et al ⁴²	Spain	Quality of life	To assess the effectiveness of a social-physical activity program	RCT	PA, healthy habits and social activities	Process and results	Improved the health-related quality of life	39	4 months	Yes
Mosteiro-Miguéns et al ²⁸	Spain	Functional physical condition and quality of life	To evaluate the effectiveness of PA intervention	Quasi-experimental	PA (including strength, mobility, balance and flexibility exercises)	Process and results	Improvement in both static and dynamic balance, expressed pain, health self-assessment, and social interaction	16	2 months	No
Yous et al ³⁰	Canada	Diabetes self-management	To assess the experiences and perceived impacts of the "Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program" (ACHRU-CPP)	Qualitative study	HE	Process and results	Improved diabetes self-management behaviors and social support	NA	6 months	Yes

Abbreviations: BMI, body mass index; BP, blood pressure; CPR, cardiopulmonary resuscitation; CV, cardiovascular; CVRF, cardiovascular risk factors; DM, diabetes mellitus; HE, health education; NA, not available; PA, physical activity; RCT, randomized clinical trial; SP, social prescription.

Table 2. Main Characteristics of the Target Population, Participation of the PCT and Professionals Involved in CA.

Author	Target population	Study size		Age (years)		Sex (% female)		Level of participation	Reason for dropping out	Level of involvement PCT	Involved professionals
		Initial n	Final n	Initial n	Final n	Initial n	Final n				
Björkelund et al ²⁵	Women 45-64 years old with CVRF	n=383 (IG=114; CG=269)	n=318 (IG=103; CG=269)	NA	NA	100	100	Passive attendant	NA	R + E	N; M; Athletics; Domestic teachers; Nutrition
Gorguet Pi et al ⁴¹	Alcoholics users of Primary Health Care	n=60	NA	39.8	NA	NA	NA	Passive attendant	NA	R + D + E	M
Pujjula Blanch et al ²⁰	Population ≥ 70 years old	n=3727 (IG=2515; CG=1212)	n=602 (IG=292; CG=310)	NA	NA	NA	NA	Passive attendant	NA	R + D + E	N; M; Social services
Ariza Copado et al ³⁵	Population aged 40-70 years old, with HbA1c ≤ 8.5%, BP < 160/90 and BMI ≤ 45	n=120	n=108 (IG=81; CG=27)	62.3	NA	59.3	NA	Passive attendant	Exitus	R + D + E	N; M; Nutrition; PA expert
Chan et al ²¹	Patients ≥ 55 years old, with ≥ 1 chronic disease	n=772 (IG=407; CG=365)	n=600 (IG=302; CG=298)	NA	IG=72.6; CG=76	NA	IG=76.8; CG=82.9	Passive attendant	Rejection; illness; change of address; extuis; loss of contact; institutionalized and other	D	N; SW; Lay leaders; Older volunteers with chronic diseases; Retirees
López Castañón et al ⁴⁵	Women 40-75 years old users of Primary Health Care	n=140	n=111	NA	59	100	100	Passive attendant	No loss	R + D + E	N; M
López-Téllez et al ²²	Patients > 65 years old with social risk criteria	n=29	n=25	69.9	70.6	NA	NA	Passive attendant	Health and personal reasons	R + D + E	N; M; SW; Physical education teacher
Arauz Boudreau et al ²⁷	Hispanic children 9-12 years old who are overweight or obese	n=41 (IG=23; CG=18)	n=26 (IG=14; CG=12)	IG=10.2; CG=10.4	IG=10.2; CG=10.4	NA	IG=64.3; CG=58.3	Passive attendant	Incompatibility of schedules, lack of transportation and child care	R + D	Health educator; Nutrition; Pediatrician; Physiotherapy
Galaviz et al ²⁴	Women 25-45 years old, with BMI ≤ 35 kg/m ²	n=42	n=35	NA	36.4	100	100	Passive attendant	NA	R + D	M
Madridejos Mora et al ¹⁹	Patients aged 55-70 years old, with ≥ 1 CVRF, DM II, smoking, BP > 140/90 mm Hg, dyslipidemia or BMI > 25 kg/m ²	n=300 (IG=150; CG=150)	n=202 (IG=118; CG=84)	IG=64.2; CG=64.8	NA	IG=45.8; CG=46.4	NA	Passive assistant and self-management (by expert patient)	NA	R + D + E	N; M; Expert patient; Pharmacy
González González et al ²⁶	Women > 18 years old, unemployed and with dependent people in charge	n=51	n=37	Age range 22-58 years old	NA	100	100	Passive attendant	Scheduling issues	R + D + E	N; M; Librarian

(continued)

Table 2. (continued)

Author	Target population	Study size		Age (years)		Sex (% female)		Level of participation	Reason for dropping out	Level of involvement PCT	Involved professionals
		Initial n	Final n	Initial n	Final n	Initial n	Final n				
Lussier et al ³⁶	Hypertensive, type II diabetic or dyslipidemic patients	n = 322 (IG = 214; CG = 108)	n = 221 (IG = 115; CG = 106)	58.2	NA	36.8	NA	Passive attendant	Failure to attend meetings and perform assigned tasks	R + D	N; M
Arija et al ¹⁶	Adults users of Primary Health Care	n = 419 (IG = 305; CG = 114)	n = 364 (IG = 260; CG = 104)	IG = 64.5; CG = 66.7	NA	IG = 78.7; CG = 71.9	NA	Passive attendant	Recent pathology; change of address and loss of interest	R + D	N; PA expert
Camps et al ²⁹	Women primary caregivers between 15-70 years old with obesity/overweight	n = 25	n = 13	NA	NA	NA	NA	Passive attendant	Not attending workshops	R + D + E	N; M; SW; Chef; Dance teacher
Livingood et al ³²	Hispanic children aged 9-12 years old who were overweight or obese	n = 30	n = 16	NA	NA	NA	NA	Collaboration and self-management	Abandonment and loss of contact	D	M; Self-trained young people
Calderón Larrañaga et al ³⁴	Children 5-6 years old and their parents	n = 191 (IG = 82; CG = 109)	n = 155 (IG = 61; CG = 94) (At 18 months)	5.7	5.9	53	52.3	Passive attendant	School absenteeism	D + E	PCT unspecified; Teachers
Pérez Bazán et al ¹⁸	Population ≥ 80 years old with ≥ 1 sign of frailty	n = 134	n = 112	NA	80.9	NA	67.9	Passive attendant	Refusal to follow up, hospitalization, falls, exitus and others	R + D	Geriatrician; Physiotherapy
Pons-Vigüés et al ³³	Population aged 45-75 years old with chronic diseases attended in primary health care	n = 13	NA	59.1	NA	NA	NA	Passive attendant	NA	R + D + E	N; M; SW; Administrative staff
Calatayud et al ⁴⁵	Population ≥ 65 years old with MEC ≥ 28	n = 201 (IG = 101; CG = 100)	n = 87* (IG = 51; CG = 36) *(After one-year follow-up)	IG = 72.1; CG = 73.7	NA	IG = 68.3; CG = 63	NA	Passive attendant	Family burdens; lack of interest; non-attendance and sickness	R + D	Occupational Therapy
Miklavcic et al ⁴⁰	Population ≥ 65 years old with DM II, and ≥ 2 chronic diseases	n = 132 (IG = 70; CG = 62)	n = 121 (IG = 65; CG = 56) (At 6 months)	42% were 75 years or older	NA	55	NA	Passive attendant	Unable to contact; exitus; change of province; care of children, and not complete final survey	R + D	N; M; Informal Caregivers; Nutrition; Older Adults

(continued)

Table 2. (continued)

Author	Target population	Study size		Age (years)		Sex (% female)		Level of participation	Reason for dropping out	Level of involvement PCT	Involved professionals
		Initial n	Final n	Initial n	Final n	Initial n	Final n				
Bhatti et al ³¹	Patients who participated in a SPR	n=96	NA	61-80 years old (57.3%)	NA	61.5	NA	Passive attendant	NA	E	PCT unspecified
Gómez-Soria et al ³⁷	Patients > 65 years old with mild cognitive impairment	NA	n=29 (IG=15; CG=14)	NA	IG=71.5; CG=73.9	NA	IG=86.7; CG=71.4	Passive attendant	No loss	R + D + E	Occupational Therapy
López-Martí et al ³⁸	Patients > 65 years old with social risk	n=102 (IG=51; CG=51)	n=80 (IG=46; CG=34)	NA	71.5	NA	91.3	Passive attendant	Own or relative's illness and lack of motivation	R + D + E	N; M; SW; Physical education teacher
Martín-Doménech et al ³⁹	Population 18 years old with sedentary lifestyles	n=82	NA	65.5 (women); 69.9 (men)	NA	74.4	73.1	Collaborator and self-management (in the field trip activity)	Illness; family and other problems	R + D	City Hall professionals; Community representatives; Unspecified PCTs
Represas-Carrera et al ²³	Patients with DM aged 45-75 years old with ≥ 2 unhealthy habits	n=694 (IG=338; CG=356)	n=540 (IG=263; CG=277)	IG=60; CG=60	NA	IG=37.9; CG=37.6	NA	Passive attendant	Revocation of consent, personal reasons; not complete final evaluation and unknown cause	R + D + E	N; M
Rodríguez-Romero et al ⁴⁴	Population ≥ 65 years old with perception of loneliness	n=55 (IG=29; CG=26)	n=55 (IG=29; GC=26)	IG=80.2; CG=79.8	IG=80.2; CG=79.8	IG=87.3; CG=76.9	IG=87.3; CG=76.9	Passive attendant	No loss	R + D + E	N; M; SW; Neighborhood community agents
Lapena et al ¹⁷	Population ≥ 60 years old living in low-income neighborhoods	n=158 (IG=87; CG=71)	n=135 (IG=70; CG=65)	NA	NA	NA	IG=74.3; CG=86.2	Passive attendant	Death; hospital admission; change of address and having to take care	R + D + E	N; M; SW; Neighborhood or markets associations
López-Téllez et al ⁴²	Patients > 65 years old with social risk	n=102 (IG=51; CG=51)	n=80 (IG=46; CG=34)	NA	IG=72; CG=71	NA	GI=91.3; CG=91.2	Passive attendant	Illness and lack of motivation	R + D + E	N; M; SW; Physical education teacher
Mosteiro-Miguéns et al ²⁸	Patients > 65 years old	n=20	n=13	NA	74.4	NA	76.9	Passive attendant	NA	R + D + E	N; Administrative staff
Yous et al ³⁰	Older adults with diabetes and multiple chronic conditions	n=45	NA	71.1	NA	55.6	NA	Passive attendant and collaboration (they advised the research team)	No loss	R + D + E	N; Community agents; Nutrition

Abbreviations: BMI, body mass index; BP, blood pressure; CG, control group; D, development; E, evaluation; HbA1c, glycated hemoglobin; IG, intervention group; M, medicine; MEC, "Mini-Examen Cognoscitivo"; N, nursing; NA, not available; PCT, primary care team; R, recruitment; RF, risk factor; SPR, social prescription; SW, social work.

3 on physical condition,^{18,28,38} 4 on self-care behavior,^{21,30,31,35} 1 on the doctor-patient relationship,³⁶ 4 on cognitive performance or mental health,^{17,37,40,43} 5 on quality of life,^{17,22,39,42,44} and 3 in terms of improvement in knowledge about the topic addressed.^{19,26,45}

PCT Participation Level

The PCT took part both in the capture of participants, and in the implementation and evaluation of CA in 17 of the studies selected.^{17,19,20,22,23,26,28,29,30,33,35,37,38,41,42,44,45}

Professionals Involved

Medical, nursing^{16,17,19,20-22,25-30,32,35,38,40,42,44} and social services^{20,21,22,29,38,44} professionals participated in most of the CA. In addition, other profiles as varied as physical activity professionals,^{16,22,35,38,42} teachers,³⁴ and neighborhood and town council community agents also took part.^{17,30,39,44} The figure of the “expert patient” was likewise used: this consists of a patient, who suffers from the health problem addressed in the CA, contributing his/her views and experience to those of the rest of the participants.¹⁹

Target Population and Type of Participation of Participants

The studies were undertaken in Spain (20), Canada (5), USA (2), Cuba (1), Hong Kong (1) and Sweden (1). The target population at which the CA were aimed was diverse, and depended in turn on the CA’s proposed topic and goal (Table 1).

The reasons for withdrawal most widely cited by participants were lack of interest or refusal to participate,^{16,18,21,36,38,42,43} health or personal problems^{16,17,18,22,23,38,39,42,43} and timetable clashes.^{26,27} No withdrawal was recorded in 5 studies.^{30,33,37,41,44}

In terms of type of participation, 26 studies described a passive type of participation, and only in 4 studies did the participants play an active participatory role, that is, self-management as members of work groups within the context of a community-based participatory research (CBPR) approach,³² self-management in walking activities,³⁹ advising the research team³⁰ or through the medium of the expert patient.¹⁹

Discussion

To our knowledge, this is the first review to analyse the impact of CA undertaken in primary care, without restrictions in terms of target population, topic, or type of participation. Our results show that CA can improve participants’ physical and psychological environment, as well as their level of knowledge about the topics addressed. The most frequent CA in PC settings are linked to healthy habits,

physical activity, cardiovascular diseases and diabetes, in which only the passive participation of participants is required.

To activate health promotion, the Ottawa Charter proposes the following 5 key strategies: build healthy public policy; create supportive environments; develop personal skills; reorient health services; and strengthen community actions.⁴⁶ Current evidence shows that the use of community assets improves quality of life and recognizes the need for these assets to be integrated into standard healthcare practice.^{47,48} Institutional implementation of CA in a PC environment boosts the use of health assets, contributes to the population’s empowerment for self-care purposes, and constitutes the community health-promotion approach demanded by health authorities.⁴⁹

The concept of CA has gradually evolved over time. Although stress was initially laid on health promotion targeted at the community,⁵⁰ currently the emphasis is on group action, of a non-specific nature, which adopts an approach aimed at boosting the health and wellbeing of the population.^{9,51-54} According to previous studies, CA with active participation in which the community is involved, are those that have a greater health impact.⁵³ Even so, the most frequent CA are characterized by passive participation.⁷ Hence, the inclusion of these types of activities allows us to obtain a real picture of the CA implemented in PC. For this reason, this review did not apply restrictions to the type of participation of the target population.

This study selected CA in which the role of PC was not exclusively limited to the selection of participants and where the PCT itself was required to be actively involved in the implementation and/or evaluation of the process. We feel that this criterion is necessary to reflect the PCT’s potential as a promoter of healthy behaviors in the community.

Moreover, this review looks into a currently pivotal type of CA, namely, SPR^{55,56}: “*This salutogenic process focuses on promoting well-being by referral to a range of non-medical approaches, from exercise on prescription, to arts-based activities and beyond.*”⁵⁷ In it, the PCT identifies participants’ non-medical needs and assesses their suitability for the activity.⁵⁸ Despite incurring possible selection bias that might undermine the evaluative quality of these activities,⁵⁹ pre-selection of the target population could enhance the effectiveness of these types of interventions as compared to the rest of CA.⁶⁰

Undertaking these types of interventions requires the application of a uniform method, yet the studies analyzed show the existence of heterogeneity when it comes to their implementation. This agrees with related studies that display a lack of standardization and methodological deficits in the design and selection of the target population.^{9,53,61-64}

Lack of evaluation of CA poses an obstacle to conducting such interventions and rendering them more visible.⁶⁵

Our study selected health-centered CA which could have been evaluated, with the aim of analyzing these interventions by reference to the coherence and the utility of the findings reported.⁶⁶ Evaluating participants' degree of satisfaction and opinions is useful for ascertaining points pending improvement, a phase that is indispensable when it comes to facilitating standardization and maximizing the effectiveness of such interventions.⁶⁷

Most of the CA conducted at health centers do not form part of any community health project. This shows that their implementation could be due to the public spiritedness of the professionals themselves.⁵² Furthermore, the absence of timetables with exclusive PCT dedication to the community approach, plus the healthcare overload and the lack of specific training for professionals hinder the standardization of these types of interventions.⁶⁸⁻⁷⁰ Strategic community health-promotion projects lay the foundation for institutionalized implementation of CA.^{71,72}

The reasons for withdrawal described by participants are varied,⁷³ as confirmed by our review. Adherence of the target population may be determined by the type of professional who leads the CA⁷⁴ and by the existence of professional health system-PC liaison staff.⁷⁵

The use of new technologies is observed in CA undertaken from 2014 onwards. As technological development of health applications progresses and the CA target population becomes more familiar with their use, these resources could be extended and converted into essential tools by virtue of their dynamism and versatility. Along these same lines, there is evidence of the effectiveness of new technologies⁷⁶ in smoking cessation programs.⁷⁷

This review has the following limitations. Firstly, the majority of the studies selected were conducted in Spain. This may suggest that a health system such as Spain's, operating on 2 healthcare levels (primary and specialized care), favors the undertaking of CA targeted at the promotion of healthy behaviors.⁷⁸ Secondly, given that the majority of CA are not evaluated, this review could be influenced by publication bias, inasmuch as there may be CA that are not identifiable by biomedical search engines.

Conclusion

CA undertaken in a PC environment are an effective instrument for enhancing the collective health of the community. Even so, institutional implementation of CA is limited. The studies reviewed report the effectiveness of CA for fostering the development of healthy lifestyles, improving self-care in chronic/long-lasting diseases, quality of life, and level of knowledge of the topic addressed. There is a predominance of CA with passive participation, and the most frequent issues are healthy habits, physical activity, cardiovascular diseases and diabetes. Lack of standardization of CA may limit the impact on participants' health.

The evaluation of the impact of CA is essential to improve its implementation and to generate the necessary evidence to facilitate the standardization of its development. A CA resource person at the health center, who would act as liaison between the health system and the community, would serve to increase the spread of CA and the involvement of community agents, foster the adherence and active participation of the target population and the evaluation of these interventions. Furthermore, the setting-up of a specific electronic register on PC-based CA would furnish up-to-date information when it comes to planning standardized implementation of these types of interventions. There is a need for community health strategies, with institutional backing, that would provide the PCT with support for unifying action criteria, carry out rigorous evaluations and boosting the health impact of CA in PC settings.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iDs

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns  <https://orcid.org/0000-0003-0367-1398>

Almudena Rodríguez Fernández  <https://orcid.org/0000-0002-3350-1237>

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

References

1. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 2017;7(7):e015203. doi:10.1136/bmjopen-2016-015203
2. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Government of Canada; 1974.
3. Barbaresko J, Rienks J, Nöthlings U. Lifestyle indices and cardiovascular disease risk: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2018;55(4):555-564. doi:10.1016/j.amepre.2018.04.046
4. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer statistics for the year 2020: an overview. *Int J Cancer*. 2021; 149(4):778-789. doi:10.1002/ijc.33588
5. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2020;324(20):2069-2075. doi:10.1001/jama.2020.21749

6. Katzke VA, Kaaks R, Kühn T. Lifestyle and cancer risk. *Cancer J*. 2015;21(2):104. doi:10.1097/PPO.0000000000000101
7. Fisher B. Community development through health gain and service change: do it now! *London J Prim Care (Abingdon)*. 2014;6(6):154-158. doi:10.1080/17571472.2014.11494367
8. Fisher B, Chanan G. Social action for health gain: the potential of community development. *Br J Gen Pract*. 2015;65(631):97-98. doi:10.3399/bjgp15X683641
9. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Documental review of community health promotion experiences in primary health care. *Aten Prim*. 2011;43(6):289-296. doi:10.1016/j.aprim.2010.04.011
10. Taverno Ross SE, Liang HW, Cheng J, Fox A, Documet PI. Effectiveness of a promotores network to improve health in an emerging Latino community. *Health Educ Behav*. 2022;49(3):455-467. doi:10.1177/10901981221090161
11. Gittelsohn J, Trude AC, Poirier L, et al. The impact of a multi-level multi-component childhood obesity prevention intervention on healthy food availability, sales, and purchasing in a low-income urban area. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11):1371. doi:10.3390/ijerph14111371
12. Slagel N, Newman T, Sanville L, et al. Effects of a fruit and vegetable prescription program with expanded education for low-income adults. *Health Educ Behav*. 2022;49(5):10901981221091926. doi:10.1177/10901981221091926
13. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health*. 2018;138(1):28-38. doi:10.1177/1757913917737563
14. Latzman NE, Casanueva C, Brinton J, Forman-Hoffman VL. PROTOCOL: the promotion of well-being among children exposed to intimate partner violence: a systematic review of interventions. *Campbell Syst Rev*. 2018;14(1):1-19. doi:10.1002/CL2.216
15. Pan American Health Organization. Declaration of ALMA-ATA - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. 1978. Accessed October 28, 2023. <https://www.paho.org/en/documents/declaration-alma-ata>
16. Arija V, Pas-a-Pas research group, Villalobos F, et al. Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the "Pas-a-Pas" community intervention trial. *BMC Public Health*. 2017;17(1):576. doi:10.1186/s12889-017-4485-3
17. Lapena C, Continente X, Sánchez-Masculano A, Mari dell'Olmo M, López MJ. Effectiveness of a community intervention to reduce social isolation among older people in low-income neighbourhoods. *Eur J Public Health*. 2022;32(5):677-683. doi:10.1093/eurpub/ckac100
18. Pérez Bazán LM, Enfedaque-Montes MB, Cesari M, et al. A community program of integrated care for frail older adults: +agil barcelona. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(8):710-716. doi:10.1007/s12603-019-1244-4
19. Madrideo Mora R, Majem Fabres L, Puig Acebal H, et al. Healthy heart: results of a community education program on cardiovascular health. *Aten Prim*. 2014;46(9):457-463. doi:10.1016/j.aprim.2013.12.009
20. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Avellana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubí Monfort R, APOC ABS Salt Group. [Final results of a multifactorial and community intervention study for the prevention of falls in the elderly]. *Aten Primaria*. 2010;42(4):211-217. doi:10.1016/j.aprim.2009.07.004
21. Chan WLS, Hui E, Chan C, et al. Evaluation of chronic disease self-management programme (CDSMP) for older adults in Hong Kong. *J Nutr Health Aging*. 2011;15(3):209-214. doi:10.1007/s12603-010-0257-9
22. López-Téllez A, Río Ruiz J, Molinero Torres F, Fernandez Maldonado I, Martínez Zaragoza I, Prados Torres P. Effectiveness of a social-physical activity intervention program in an elderly social risk population. *Semergen*. 2012;38(3):137-144. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24895717>
23. Represas-Carrera F, Couso-Viana S, Méndez-López F, et al. Effectiveness of a multicomponent intervention in primary care that addresses patients with diabetes mellitus with two or more unhealthy habits, such as diet, physical activity or smoking: multicenter randomized cluster trial (EIRA study). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5788. doi:10.3390/ijerph18115788
24. Galaviz K, Lévesque L, Kotecha J. Evaluating the effectiveness of a physical activity referral scheme among women. *J Prim Care Community Health*. 2013;4(3):167-171. doi:10.1177/2150131912463243
25. Björkelund C, Bengtsson C. Changing lifestyle: who benefits and how? Prevention in primary health care within the female population in a Swedish community. *Behav Change*. 1994;11(3):145-152. doi:10.1017/S0813483900005040
26. González González J, Rico García G, Izaguirre Zapatera AM, de Ángel Larrinaga S, Lor Martín M. [Carer women: community intervention in rural health promoter women]. *Med Gen Fam*. 2016;5(2):41-44. doi:10.1016/j.mgyf.2015.12.007
27. Arauz Boudreau AD, Kurowski DS, Gonzalez WI, Dimond MA, Oreskovic NM. Latino families, primary care, and childhood obesity: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2013;44(3 Suppl 3):S247-S257. doi:10.1016/j.amepre.2012.11.026
28. Mosteiro-Miguéns DG, Villegas-Gómez A, López-Piqueres MJ, Lucena-Márquez L, Domínguez-Martín EM, Novío S. [Biopsychosocial and balance assessment in a community intervention with exercise in older people]. *Gerokomos*. 2022;33(1):12-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8429618&orden=0&info=link> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=8429618>
29. Camps AJ, Saura-González N, Alfranca-Pardillos R, Clot-Guitart MM, Palomeras-Vilches A, Ferrer-Morell N. [Evaluation of an intervention based on healthy lifestyles for women of Gypsy ethnic group of Girona]. *Ágora de Enfermería*. 2017;21:158-164.
30. Yous ML, Ganann R, Ploeg J, et al. Older adults' experiences and perceived impacts of the Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for diabetes self-management in Canada: a qualitative descriptive study. *BMJ Open*. 2023;13(4):e068694. doi:10.1136/bmjopen-2022-068694
31. Bhatti S, Rayner J, Pinto AD, Mulligan K, Cole DC. Using self-determination theory to understand the social prescribing process: a qualitative study. *BJGP Open*. 2021;5(2):BJGPO.2020.0153. doi:10.3399/BJGPO.2020.0153
32. Livingood WC, Montcalvo D, Bernhardt JM, et al. Engaging adolescents through participatory and qualitative research

- methods to develop a digital communication intervention to reduce adolescent obesity. *Health Educ Behav.* 2017;44(4): 570-580. doi:10.1177/1090198116677216
33. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, et al. Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II). *BMJ Open.* 2019;9(3):e023872. doi:10.1136/bmjopen-2018-023872
 34. Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, et al. Primary Care and oral health promotion: assessment of an educational intervention in school children. *Aten Primaria.* 2019;51(7):416-423. doi:10.1016/j.aprim.2018.05.003
 35. Ariza Copado C, Gavara Palomar V, Muñoz Ureña A, Aguera Mengual F, Soto Martínez M, Lorca Serralta JR. [Improvement of control in subjects with type 2 diabetes after a joint intervention: diabetes education and physical activity]. *Aten Primaria.* 2011;43(8):398-406. doi:10.1016/j.aprim.2010.07.006
 36. Lussier M, Richard C, Glaser E, Roberge D. The impact of a primary care e-communication intervention on the participation of chronic disease patients who had not reached guideline suggested treatment goals. *Patient Educ Couns.* 2015;99(4):530-541. doi:10.1016/j.pec.2015.11.007
 37. Gómez-Soria I, Andrés-Esteban EM, Gómez-Bruton A, Peralta-Marrupe P. [Long-term effect analysis of a cognitive stimulation program in mild cognitive impairment elderly in primary care: a randomized controlled trial]. *Aten Primaria.* 2021;53(7):102053. doi:10.1016/j.aprim.2021.102053
 38. López-Martí AM, López-Martí H, Calderón Río V, Molinero Torres F, Río Ruiz J, López-Téllez A. Functional physical condition after a multi-component community intervention of active aging: pragmatic clinical trial. *Semergen.* 2021; 47(8):531-538. doi:10.1016/j.semerg.2021.05.008
 39. Martín-Doménech A, Peiró-Pérez R, Esplugues A, Castán S, Legaz-Sánchez E, Pérez-Sanz E. [Evaluation of a pilot program of physical activity prescription in primary care in the Valencian Community (Spain)]. *Gac Sanit.* 2021;35(4):313-319. doi:10.1016/j.gaceta.2020.04.021
 40. Miklavcic JJ, Fraser KD, Ploeg J, et al. Effectiveness of a community program for older adults with type 2 diabetes and multimorbidity: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):174. doi:10.1186/s12877-020-01557-0
 41. Gorguet Pi M, Esteva García S, Ramos Gorguet D. Intervención educativa comunitaria sobre alcoholismo y castigo corporal. *Rev Esp Drogodepend.* 2010;35(2):195-205. <http://hdl.handle.net/10550/22453>
 42. López-Téllez A, Río-Ruiz J, López-Martí H, Calderón-Río V, Molinero-Torres F, López-Martí AM. [Quality of life after a social-physical activity community intervention in elderly people with social risk. Clinical trial]. *Semergen.* 2022;48(6): 394-402. doi:10.1016/j.semerg.2022.03.005
 43. Calatayud E, Plo F, Muro C. Analysis of the effect of a program of cognitive stimulation in elderly people with normal aging in primary care: randomized clinical trial. *Aten Primaria.* 2020;52(1):38-46. doi:10.1016/j.aprim.2018.09.007
 44. Rodríguez-Romero R, Herranz-Rodríguez C, Kostov B, Gené-Badía J, Sisó-Almirall A. Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people: intervention to reduce loneliness. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(2):366-374. doi:10.1111/scs.12852
 45. López Castañón L, Castellón Fantova JR, López Llerena A, Cordero de las Heras B, Lumbreras García G, Somoza Calvo MA. [Workshop on health education on prevention of osteoporosis in women. Effectiveness of an intervention in primary care nurse]. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2012;32:75-85.
 46. WHO. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Who.int. Accessed october 28, 2023. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
 47. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. [Health promotion based on evidence: do community health programmes really work?] *Aten Primaria.* 2005;35(9):478-483. doi:10.1157/13075472
 48. Munford LA, Wilding A, Bower P, Sutton M. Effects of participating in community assets on quality of life and costs of care: longitudinal cohort study of older people in England. *BMJ Open.* 2020;10(2):e033186. doi:10.1136/bmjopen-2019-033186
 49. Taylor A, Siddiqui F. Bringing global health home: the case of global to local in King County, Washington. *Ann Glob Health.* 2016;82(6):972-980. doi:10.1016/j.aogh.2016.11.006
 50. Astray Coloma L, Pastrana EA, Cebriá AB, et al. I Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? semFYC. <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>
 51. 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(3):e001287. doi:10.1136/bmjopen-2012-001287
 52. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M. [What are we doing in neighborhoods? Description of health-promoting community activities in primary care: the FrAC Project]. *Gac Sanit.* 2014;28(4):267-273. doi:10.1016/j.gaceta.2014.01.009
 53. 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-S104. doi:10.1016/j.ypmed.2015.01.016
 54. March S, Ripoll J, Jordan Martin 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(10):e015934. doi:10.1136/bmjopen-2017-015934
 55. Husk K, Elston J, Gradinger F, Callaghan L, Asthana S. Social prescribing: where is the evidence? *Br J Gen Pract.* 2019;69(678):6-7. doi:10.3399/bjgp19X700325
 56. Jani A, Liyanage H, Okusi C, et al. Using an ontology to facilitate more accurate coding of social prescriptions addressing social determinants of health: feasibility study. *J Med Internet Res.* 2020;22(12):e23721. doi:10.2196/23721
 57. Howarth M, Brett A, Hardman M, Maden M. What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: a scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription. *BMJ Open.* 2020;10(7):e036923. doi:10.1136/bmjopen-2020-036923

58. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):86. doi:10.1186/s12913-018-2893-4
59. Pescheny 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):664-673. doi:10.1093/eurpub/ckz078
60. Davey A. Social prescribing and pre-operative care. *Anaesthesia*. 2018;73(2):256-257. doi:10.1111/anae.14199
61. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Community activities in primary care in Spain. [An analysis based on the network of the Program of Community Activities (PACAP)]. *Aten Primaria*. 2002; 29(1):26-32. doi:10.1016/s0212-6567(02)70495-2
62. Grant S, Parsons A, Burton J, et al. Home visits for prevention of impairment and death in older adults: a systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2014;10(1):1-85. doi:10.4073/csr.2014.3
63. March S, Soler M, Miller F, Montaner I, Pérez Jarauta MJ, Ramos M. [Variability in the implementation of health-promoting community activities in Spain]. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(1):25-33. doi:10.23938/ASSN.0352
64. 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):e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384
65. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, del-Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. [What are we doing and what could we do from the health system in community health? SESPAS Report 2018]. *Gac Sanit*. 2018;32:22-25. doi:10.1016/j.gaceta.2018.07.003
66. Yadav D. Criteria for good qualitative research: a comprehensive review. *Asia-Pac Educ Res*. 2022;31(6):679-689. doi:10.1007/s40299-021-00619-0
67. Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Gonzalo Jiménez E, Morilla Herrera JC. [Evidence Based Public Health: resources on effectiveness of community interventions]. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(1):5-20. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2544944>
68. Puig Ribera A, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *Eur J Public Health*. 2005;15(6):569-575. doi:10.1093/eurpub/cki045
69. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):68. doi:10.1186/1471-2296-11-68
70. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9(2):e89554. doi:10.1371/journal.pone.0089554
71. Krist AH, Baumann LJ, Holtrop JS, Wasserman MR, Stange KC, Woo M. Evaluating feasible and referable behavioral counseling interventions. *Am J Prev Med*. 2015; 49(3):S138-S149. doi:10.1016/j.amepre.2015.05.009
72. Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, Morgana A. Promoting good practice in health promotion in Spain: the potential role of a new agency. *Gac Sanit*. 2016;30:19-24. doi:10.1016/j.gaceta.2016.07.005
73. Butte NF, Hoelscher DM, Barlow SE, et al. Efficacy of a community- versus primary care-centered program for childhood obesity: TX CORD RCT. *Obesity*. 2017;25(9): 1584-1593. doi:10.1002/oby.21929
74. Husk K, Blockley K, Lovell R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(2): 309-324. doi:10.1111/hsc.12839
75. Peart A, Lewis V, Brown T, Russell G. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019252. doi:10.1136/bmjopen-2017-019252
76. Press VG, Arora VM, Kelly CA, Carey KA, White SR, Wan W. Effectiveness of virtual vs in-person inhaler education for hospitalized patients with obstructive lung disease: a randomized clinical trial: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(1):e1918205. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.18205
77. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD006611. doi:10.1002/14651858.CD006611.pub4
78. Segura Benedicto A. [Health system, primary care and public health]. *Aten Primaria*. 2018;50(7):388-389. doi:10.1016/j.aprim.2018.01.001

ARTÍCULO 2

Atención Primaria 57 (2025) 103134



ELSEVIER

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

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



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

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

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

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

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

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

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

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

PALABRAS CLAVE

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

Resumen

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

Diseño: Estudio observacional, transversal.

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

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

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

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

* Autor para correspondencia.

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

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

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

KEYWORDS

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

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

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

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

Abstract

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

Design: Observational, cross-sectional study.

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

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

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

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

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

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

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

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

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

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

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

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

Material y métodos

Diseño

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

Ámbito del estudio

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

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

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

Unidad de análisis

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

VARIABLES DEL ESTUDIO

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

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

Unidad de muestreo

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

Recogida de datos

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

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

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

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

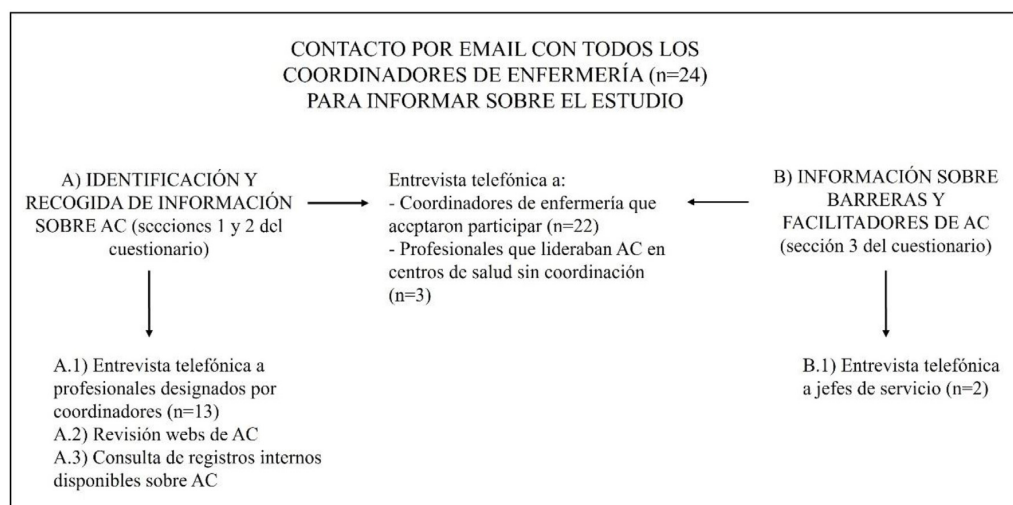


Figura 1 Esquema del estudio. Etapas del proceso de recopilación de información y profesionales que participaron en el estudio (n = 40) AC (Actividad Comunitaria).

Cuestionario

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

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

Análisis estadístico

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

Resultados

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

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

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

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

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

Atención Primaria 57 (2025) 103134

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

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

Tabla 1 (continuación)

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

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

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

^b Incluye madres gestantes/posparto y sus parejas.

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

^d Incluye alumnos de educación infantil y primaria.

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

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

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

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

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

Discusión

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

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

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

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

Atencion Primaria 57 (2025) 103134

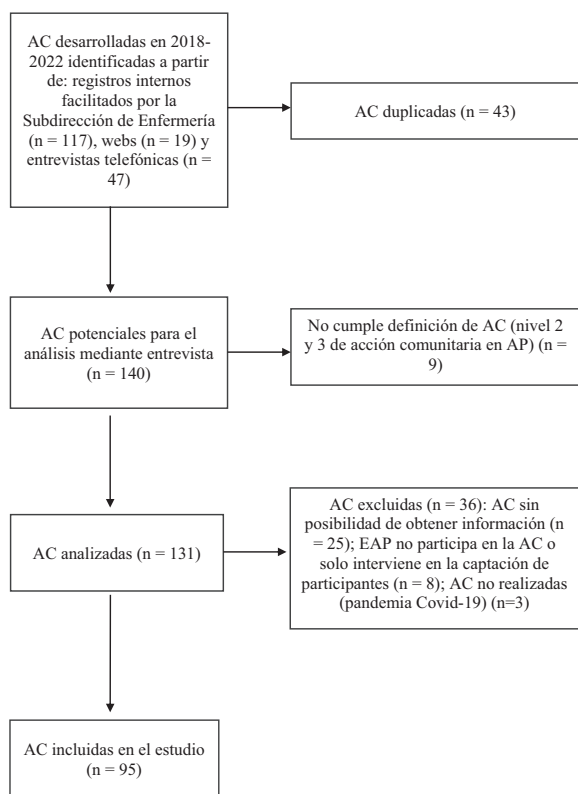
Tabla 2 Principales características de las AC, clasificadas conforme a la temática abordada, desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

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

Tabla 2 (continuación)

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

ND (No disponible).



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

Figura 2 Proceso de identificación y selección de las AC desarrolladas durante 2018-2022 en los centros de salud del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. AC (Actividad comunitaria); AP (Atención primaria); EAP (Equipo de atención primaria).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Limitaciones

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

Conclusión

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

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

Lo conocido sobre el tema

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

Qué aporta este estudio

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

Financiación

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

Consideraciones éticas

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

Declaraciones de interés

Ninguna.

Agradecimientos

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

Anexo. Material adicional

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

Bibliografía

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

2. GBD., 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl.* 2018;392(10159):1736–88.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [consultado 2 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. [consultado 28 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>.
5. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep.* 2018;12:284–93.
6. Fisher B, Chanan G. Social action for health gain: the potential of community development. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2015;65:97–8.
7. Álvarez ÓS, Ruiz-Cantero MT, Casseti V, Cofiño R, Álvarez-Dardet C. Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gac Sanit.* 2021;35:488–94.
8. Consejo, Interterritorial, Sistema Nacional de Salud. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. 2021.
9. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico [Internet]. [consultado 31 May 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTécnicos/atencionPrimaria.htm>.
10. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria De Salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 Sep. 1978. Informe. Ginebra: OMS; 1978.
11. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2011;43:289–96.
12. Mosteiro Miguéns DG, Rodríguez Fernández A, Zapata Cachafeiro M, Vieito Pérez N, Represas Carrera FJ, Novio Mallón S. Community activities in primary care: a literature review. *J Prim Care Community Health.* 2024;15, 21501319231223362.
13. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: proyecto frAC. *Gac Sanit.* 2014;28:267–73.
14. March S, Soler M, Miller F, Montaner I, Pérez Jarauta MJ, Ramos M. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España. *An Sist Sanit Navar.* 2014;37:25–33.
15. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PloS One.* 2014;9, e89554.
16. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria.* 2002;29:26–32.
17. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se proroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 956/2020 nov 4, 2020 p. 95841-5. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/11/03/956>.
18. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, del Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32:22–5.
19. Martínez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, et al. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the «Prescribe Vida Saludable» strategy. *BMC Fam Pract.* 2017;18:23.
20. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Aten Primaria.* 2023;55, 102630.
21. Zurro AM. Apuntes sobre el desarrollo del modelo de reforma de la atención primaria y comunitaria de los años 80. *Aten Prim Práct.* [Internet]. 2022 [consultado 13 May 2024];4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-apuntes-sobreeel-desarrollo-del-S2605073022000396>.
22. Minary L, Alla F, Cambon L, Kivits J, Potvin L. Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *J Epidemiol Community Health.* 2018;72:319–23.
23. Cain CL, Orionzi D, O'Brien M, Trahan L. The power of community voices for enhancing community health needs assessments. *Health Promot Pract.* 2017;18:437–43.
24. López-Ruiz MV, Pola M, Enríquez Martín N, Casseti V, Iriarte de los Santos T, Benedé Azagra CB. ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación. *Aten Primaria.* 2024;56, 102847.
25. Bloch G, Rozmovits L. Implementing social interventions in primary care in Canada: A qualitative exploration of lessons learned from leaders in the field. *PloS One.* 2023;18, e0281112.
26. Domínguez García M, Pola-García M, Oliván Blázquez B, Lahoz Bernad I, Lou Alcaíne ML, Benedé Azagra CB. Análisis de las agendas comunitarias en atención primaria y factores asociados a su implantación. *Gac Sanit.* 2022;37:102257.
27. Calvo Álvarez de Arkaia A, Benedé Azagra CB, Gandarias Jaio M, Cardo Miota A, Hernán García M. ¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria. *Gac Sanit.* 2024;38:102403.
28. Cardo Miota A, Valls Pérez B, Gil García E, Hernán-García M. Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gac Sanit.* 2023;37:16.
29. Servizo Galego de Saúde. Estrategia gallega de salud comunitaria en atención primaria 2023-2027. [Internet]. [consultado 7 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Estrategia-galega-de-saude-comunitaria-en-atencion-primaria-2023-2027?idioma=es>.

Material suplementario Artículo 2. Registro de las 95 AC desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del ASSCB.

Tabla A.1. Características de las 95 AC desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del ASSCB.

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Educación sexual para alumnos de primaria	2018	Educación sexual	Educación en sexualidad	Charla de educación para la salud sexual a alumnos de primaria	Colegio	3	Anual	No	No	No
Caminatas saludables	2019	Ejercicio físico	Promover ejercicio físico y hábitos saludables	Ejercicio físico mediante rutas diseñadas para distintos grupos etarios. Los participantes son acompañados por personal sanitario del CS y por protección civil, personal del ayuntamiento y edil de sanidad	Vía pública	1	ND	Sí	No	No
Introducción a la alimentación complementaria	2022	Alimentación complementaria	Aumentar conocimientos y destrezas en alimentación complementaria	Charla de educación para la salud sobre la introducción de la alimentación complementaria	CS	1	Puntual	No	No	No
Hábitos dietéticos en la menopausia	ND	Alimentación	Aumentar los conocimientos sobre alimentación saludable en la etapa de menopausia	Charla de educación para la salud a mujeres en la edad de menopausia sobre hábitos dietéticos saludables	CS	ND	Puntual	No	No	No
Lactancia materna	2022	Alimentación	Aumentar conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna	Charla de educación para la salud sobre lactancia materna dirigidas a padres y madres	CS	1	Semanal (continúa en el momento del estudio)	No	No	No
Cómo evitar el dolor de espalda	2019	Higiene postural	Concienciar de la importancia de los hábitos saludables a través del conocimiento básico de la higiene postural, el ejercicio físico y control de peso	Charla de educación sobre nociones básicas de higiene postural e iniciación al ejercicio físico progresivo	Ayuntamiento	ND	Puntual	Sí	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Instrucciones previas (SER-GAS)	2019	Instrucciones previas	Dar a conocer el documento y su formalización	Charla informativa de 1 hora de duración sobre las principales características del documento de instrucciones previas	CS	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Taller para cuidadores: parte sanitaria y parte social	2019	Paciente inmovilizado	Prevenir UPP y entrenar en movilizaciones y transferencias	Charla de educación para la salud y taller práctico. Exposición con proyector acerca de las UPP y videos de transferencias y movilizaciones; junto con demostraciones prácticas. También se aborda la parte social sobre las necesidades de los pacientes y sus cuidadores	CS	1	Puntual	Sí	No	No
Factores de riesgo cardiovascular	2022	Prevención riesgo cardiovascular	Prevenir eventos cardiovasculares	Charla de educación para la salud sobre factores de riesgo cardiovascular: identificación, prevención e impacto en la salud	CS	1	Puntual	Sí	No	No
Mesa sobre violencia de género	2022	Violencia de género	Prevenir la violencia de género y saber cómo actuar ante una sospecha o caso	Mesa informativa sobre violencia de género	Ayuntamiento	1	Anual	Sí	No	No
Orientación a la sexualidad	2022	Educación sexual	Fomentar conocimientos en sexualidad y prevenir embarazos no deseados e ITS	Mesa informativa sobre la sexualidad en IES	Instituto	1	Puntual	No	Sí (folletos)	No
Primeros auxilios	ND	Primeros auxilios	Formar a la población infantil ante situaciones de urgencia vital	Charla de educación para la salud para la formación en primeros auxilios	Colegio	ND	Puntual	No	No	No
Nutrición	ND	Nutrición	Aumentar conocimientos y mejorar calidad vida pacientes	Charla de educación para la salud en nutrición	CS	ND	Puntual	No	No	No
Higiene bucodental	ND	Salud bucodental	Aumentar conocimientos y mejorar calidad vida pacientes	Charla de educación para la salud en prevención de caries e higiene bucodental	CS	ND	Puntual	No	No	No
Atención al parto	ND	Parto	Aumentar conocimientos y mejorar calidad vida pacientes	Charla de educación para la salud en preparación al parto	CS	ND	Puntual	No	No	No
Menopausia	ND	Menopausia	Aumentar conocimientos y mejorar calidad vida pacientes	Charla de educación para la salud en la etapa de menopausia	CS	ND	Puntual	No	No	No
Polimedicación	ND	Medicación	Aumentar conocimientos y mejorar calidad vida pacientes	Charla de educación para la salud en polimedicación y adherencia terapéutica	CS	ND	Puntual	No	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Cuidados del pie	2019	Cuidados del pie	Mejorar el autocuidado de los pies	Charla de educación para la salud en la que se aborda el concepto de la piel, la higiene del pie y el mantenimiento óptimo del mismo en cuanto a lavado, secado, hidratación, corte de uñas, calzado y calcetines adecuados	Centro cultural	1	Puntual	Sí	No	No
Alimentación sana	2019	Alimentación saludable	Aumentar conocimientos sobre alimentación saludable	Charla de educación para la salud organizada por Servicios Sociales del Ayuntamiento dirigida a cuidadores de pacientes inmovilizados o con discapacidad importante sobre alimentación (grupos de alimentos, dieta atlántica, alimentos procesados y ultraprocesados) y diabetes	Ayuntamiento (local)	1	Puntual	Sí	No	Resultado (publicación científica)
Cuidados del paciente encamado: manejo y prevención de UPP	2018	Paciente inmovilizado	Adiestrar en el manejo del paciente encamado	Charla de educación para la salud y taller práctico sobre causas de UPP y cuidados del paciente encamado, haciendo énfasis en los cambios posturales y cuidados de la piel necesarios, en aras de la prevención de UPP. Además, se adiestra de manera práctica con la ayuda de un muñeco	Ayuntamiento (local)	1	Puntual	Sí	No	No
Día del cáncer de piel	2022	Cáncer de piel	Concienciar de la importancia de la protección dermatológica para la prevención del cáncer de piel	Mesa informativa y entrega de folletos sobre la prevención del cáncer de piel	CS	1	Puntual	No	Sí (folletos)	No
Día de la actividad física	2022	Ejercicio físico	Aumentar los conocimientos sobre los beneficios de la práctica de ejercicio físico	Charla de educación para la salud sobre actividad física en niños	Colegio	1	Puntual	No	No	No
Inauguración de rutas saludables	2022	Ejercicio físico	Aumentar conocimientos	Ejercicio físico mediante la realización de una ruta sin barreras (1,47 Km) para personas con movilidad reducida	Vía pública	1	Puntual	Sí	No	No
Formación Covid-19	2020	Covid-19	Aumentar conocimientos sobre el virus SARS-CoV-2	Charla de educación para la salud para aumentar conocimientos sobre el virus SARS-CoV-2	Colegio	1	Puntual	No	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Alcoholismo en adolescentes	2019	Alcoholismo	Mejorar el conocimiento sobre los hábitos tóxicos y sus riesgos para la salud y prevenir enfermedades crónicas en el futuro	Charla de educación para la salud sobre las recomendaciones de hábitos de vida social saludables	CS	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Actividad física para mayores de 65 años con diabetes	2019	Ejercicio físico	Reducir sedentarismo y fomentar estilos de vida saludables	Ejercicio físico mediante caminata	CS	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Salud sexual. Educación sexual segura en adolescentes de 4º de ESO	2019	Educación sexual	Analizar los riesgos y explicar medidas preventivas para tener sexo seguro	Charla de educación para la salud para reflexionar sobre la conducta sexual responsable en relación a las diferentes condiciones sociales y de género	Instituto	1	Puntual	No	No	No
Uso de medicamentos. Manejo diario del Sintrom	2019	Anticoagulación oral	Aumentar la adherencia terapéutica del paciente anticoagulado	Charla de educación para la salud acerca de la anticoagulación, la interpretación del INR y su relación con las comidas	CS	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Educación sexual	2022	Educación sexual	Formar a adolescentes en salud sexual y prevenir ITS	Charla de educación para la salud a adolescentes en 2 institutos de la zona	Instituto	1	Puntual (misma sesión en 2 días)	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Actividad física en pacientes diabéticos	2022	Actividad física	Formar a la población y prevenir enfermedades	Ejercicio físico a través de rutas y actividades en espacios verdes para pacientes con diabetes	Vía pública	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Formación en salud de la mujer	2022	Salud de la mujer	Formar a la población y prevenir enfermedades	Charla de educación para la salud a mujeres sobre salud sexual y reproductiva	CS	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
Formación a cuidadores de pacientes inmovilizados	2019	Paciente inmovilizado	Formar a la población y prevenir enfermedades	Charla de educación para la salud a cuidadores de pacientes inmovilizados sobre cuidados de estos y prevención de UPP	CS	1	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)
RCP infantil	2022	RCP infantil	Formar a padres y madres ante situaciones de urgencia vital en niños	Charlas de educación para la salud a madres y padres sobre la actuación adecuada en situaciones de urgencia vital en niños	CS	6	Puntual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción)

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Primeros auxilios	2022	Primeros auxilios	Formar a grupos poblacionales jóvenes en primeros auxilios	Charla de educación para la salud para la formación en primeros auxilios	Colegio	3-4	Puntual	No	No	No
Comisión Covid-19	2020	Pandemia Covid-19	Organizar y gestionar la colaboración entre diferentes administraciones en cuanto al abordaje de casos Covid-19	Charlas de educación para la salud y reuniones entre los diferentes profesionales sobre formación en procedimientos ante urgencias sanitarias Covid-19	Ayuntamiento	50	Mensual (12 meses)	Sí	No	No
Educación en salud bucodental en población infantil	2019	Salud bucodental	Mejorar el cepillado y prevenir caries	Charla de educación para la salud y taller práctico sobre salud bucodental para un correcto lavado de dientes	Colegio	1	Puntual	Sí	No	No
Instrucciones previas (SERGAS)	2019	Instrucciones previas	Difundir la utilidad del documento de instrucciones previas y capacitar a la comunidad para la toma de decisiones anticipadas	Charla informativa acerca del procedimiento de voluntades anticipadas y el registro de instrucciones previas en Atención Primaria	Centro Social de Melide	1	Puntual	Sí	No	No
Intervención comunitaria del CS de la zona ("Convivencia y salud en red")	2018 (Inicio en 2015)	"Convivencia y salud en red"	1. Fomentar la apertura del CS a la comunidad, incrementando las relaciones con la sociedad, asociaciones y demás instituciones del Ayuntamiento; 2. Crear un clima de trabajo y convivencia que favorezca el bienestar del profesorado, alumnado, personal no docente y familias	Reuniones plenarias con las diferentes instituciones para lograr los objetivos propuestos mediante las siguientes actividades: Atención proactiva a estudiantes con conductas disruptivas; Charlas sobre hábitos de alimentación y vida saludable para madres, padres y estudiantes; Educación sexual afectiva; Promoción de la salud mental. Creación de una red colaborativa centrado en: Vigilancia de conductas de riesgo de exclusión social y convivencia; Prevención del suicidio; Prevención del absentismo escolar; Prevención, junto con la Guardia Civil, de situaciones de violencia de género	CS e institutos	ND (diversas, en función de las necesidades detectadas)	ND (continúa en el momento del estudio)	Sí	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Caminatas saludables ("Convivencia y salud en red")	2018	"Convivencia y salud en red"	Aumentar la actividad física	Ejercicio físico mediante caminatas	Vía pública	2/semana	Semanal (continúa en el momento del estudio)	Sí	No	No
Construyendo mi camino	2019	Profesiones sanitarias	Explicar en qué consisten las diferentes profesiones sanitarias y sus oportunidades laborales	Charla informativa en el instituto sobre las profesiones sanitarias	Instituto	1	Anual	No	No	No
Intervención en niños con autismo: "Yago ya se puede poner tiritas"	2019	Autismo	Aumentar la autonomía de los niños con autismo y mejorar su interacción con el personal sanitario	Intervención en grupo de niños con autismo, con el propósito de lograr su adaptación progresiva a la rutina asistencial del CS	CS	>120	Semanal (durante 3 años)	Sí	No	No
Promoción de la salud en la menopausia	2018	Menopausia	Aumentar los conocimientos en la etapa de menopausia	Charla de educación para la salud sobre la etapa de menopausia y el ciclo vital asociado	Centro sociocultural	1	Anual	Sí	No	No
Actividad y ejercicio físico en obesos	2018	Ejercicio físico	Promocionar el ejercicio físico	Charla de educación para la salud acerca de los beneficios de la práctica de ejercicio físico regular	CS	1	Puntual	No	No	No
Educación afectivo-emocional y sexual	2019	Educación sexual	Mejorar la educación sexual de los alumnos	Charla de educación para la salud sobre educación sexual en el instituto	Instituto	1	Puntual	No	No	No
Educación afectivo-sexual	2022	Educación sexual	Aumentar los conocimientos sobre el cuerpo, el autocuidado y la gestión sana y responsable de la sexualidad	Charla educación para la salud y taller práctico de educación afectivo-sexual realizado en institutos para informar sobre cambios biopsicosociales en la pubertad y adolescencia, promocionar el autoconocimiento y proporcionar herramientas para una vida sexual saludable	Instituto	2	Anual	No	No	Proceso (encuesta de satisfacción con altas valoraciones)
Educación sexual	2022	Educación sexual	Prevenir ITS y embarazos no deseados	Charla de educación sexual a adolescentes sobre ITS y embarazos no deseados	Instituto	1	Puntual	No	No	No
Porteo seguro	2022	Porteo	Aumentar los conocimientos de madres y padres sobre el porteo seguro de recién nacidos	Charla educación para la salud y taller práctico sobre el porteo seguro de recién nacidos	CS	1	Anual	No	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
La fiebre en la infancia	2019	Fiebre	Mejorar la formación de los padres en cuanto a signos de alarma de la fiebre y su abordaje	Charla de educación para la salud sobre las recomendaciones en caso de fiebre en niños	Centro cultural	1	Puntual	Sí	No	No
Alcoholismo	ND	Alcohol	Prevenir y fomentar el abandono del consumo de alcohol	Charla de educación para la salud sobre prevención y tratamiento del alcoholismo	CS	2	Puntual	No	No	No
Caminatas saludables	2021	Actividad física	Promocionar el ejercicio físico en la comunidad	Ejercicio físico mediante caminatas	CS	2	Semanal (continúa en el momento del estudio)	No	No	No
Educación sexual	2018	Educación sexual	Promover hábitos saludables en sexualidad	Charla de educación para la salud sobre educación en sexualidad	CS	2	Anual	No	No	No
Pacientes dependientes	2021	Paciente inmovilizado	Formar a cuidadores sobre los cuidados del paciente dependiente	Charla de educación para la salud a cuidadores de pacientes inmovilizados sobre los aspectos básicos para un cuidado de calidad	CS	2	Puntual	No	No	No
Tabaquismo	ND	Tabaco	Prevenir el hábito tabáquico y fomentar su deshabitación	Charla de educación para la salud sobre prevención y tratamiento del tabaquismo	CS	2	Puntual	No	No	No
Educación para la salud en la comunidad y gripe	2018	Gripe	Instruir a la población sobre las recomendaciones para la gripe	Charla de educación para la salud sobre las recomendaciones higiénico-sanitarias de la gripe y su prevención	Centro sociocultural	1	Puntual	Sí	No	No
Papilas gustativas: uso y disfrute	2018	Alimentación y hábitos tóxicos	Promocionar la salud	Charla de educación para la salud sobre alimentación y consumo de alcohol y drogas	Colegio	2	Anual (repetida en 2019)	No	No	Resultado (encuesta de conocimientos pre-post test)
Soporte Vital Básico	ND	Primeros auxilios	Instruir y aumentar los conocimientos en SVB	Charla de educación para la salud y taller práctico sobre SVB	Centro sociocultural	2	Puntual	Sí	No	Resultado (encuesta de conocimientos pre-post test)

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Protección solar	2019	Prevención solar	Fomentar los conocimientos sobre prevención de lesiones cutáneas debidas a exposición solar	Charla de educación para la salud sobre medidas de protección solar	CS	1	Puntual	No	No	No
Prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia	2019	Obesidad infantil	Prevenir la obesidad infantil	Charla de educación para la salud a madres y padres sobre la obesidad infantil y cómo prevenirla	CS	1	Anual (repetida en 2022)	No	No	No
Envejecimiento activo	2019	Envejecimiento	Promover la salud y el envejecimiento saludable	Charla de educación para la salud sobre cómo envejecer de forma saludable	CS	1	Puntual	No	No	No
Métodos anti-conceptivos	2019	Educación sexual	Promover hábitos saludables en sexualidad	Charla de educación para la salud sobre prevención de ITS y embarazos no deseados	CS	1	Anual (repetida en 2022)	No	No	No
Taller de cuidadores	2019	Paciente inmovilizado	Formar a cuidadores sobre los cuidados del paciente dependiente	Charla de educación para la salud y taller práctico a cuidadores de pacientes dependientes	CS	1	Anual (repetida en 2022)	No	No	No
Día Mundial de la hipertensión	2022	Hipertensión arterial	Concienciar y prevenir sobre hipertensión arterial	Mesa informativa en CS sobre hipertensión arterial (información sobre prevención, su correcta medición y tratamiento)	CS	1	Puntual	No	No	No
Taller sobre el uso correcto de inhaladores	2022	Inhaladores	Educación sobre uso de inhaladores	Charla de educación para la salud y taller práctico sobre uso de inhaladores en pacientes con problemas respiratorios	CS	1	Puntual	No	No	No
Suelo pélvico	2022	Salud de la mujer	Mejorar la musculatura del suelo pélvico	Charla de educación para la salud con explicación de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico a mujeres en postparto	CS	1	Puntual	No	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Día mundial de la diabetes	2022	Diabetes	Detectar glucemias en sangre capilar alteradas e informar del riesgo de padecer Diabetes Mellitus	Mesa informativa en el CS con motivo del día mundial de la diabetes en la que se realizaron diversas actividades con la población: información sobre el método del plato Harvard y acerca de los cuidados necesarios del pie diabético; y glucemias capilares y cribado de diabetes mediante test Findrisk (los usuarios con resultados alterados fueron derivados a la enfermería de cupo para su valoración)	CS	1	Puntual	No	No	Resultado (análisis datos recogidos)
Primeros auxilios pediátricos	2022	Primeros auxilios	Formar en primeros auxilios y empoderar a los docentes	Charla de educación para la salud y taller práctico a docentes del colegio en materia de primeros-auxilios (anafilaxia, PCR, hi-po/hiperglicemia, epilepsia, traumatismos, epistaxis, así como manejo práctico de bolis de insulina, adrenalina y glucagón inyectable, RCP con muñeco de simulación)	Instituto	1	Puntual	No	No	Resultado (encuesta de conocimientos pre-post test)
Prevención del pie diabético	2022	Autocuidado pie diabético	Mejorar el autocuidado de pacientes con riesgo de pie diabético	Charla de educación para la salud para la mejora del autocuidado del pie diabético	CS	1	Puntual	No	No	No
Cuidar al cuidador	2018	Síndrome cuidador quemado	Prevenir el síndrome de cuidador quemado	Charla de educación para la salud sobre la identificación de los signos y síntomas del cuidador quemado y su abordaje	CS	1	Anual	No	No	No
Intervención de educación para la salud en los centros escolares	2019	Higiene y primeros auxilios	Informar a los alumnos sobre hábitos de higiene, epilepsia y primeros auxilios	Charla de educación para la salud sobre higiene, epilepsia y primeros auxilios	Colegio	3	Puntual	No	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Introducción a la alimentación complementaria y actuación en caso de atragantamiento o ahogamiento, destinado a madres y padres de bebés	2019	Alimentación y atragantamientos	Aumentar los conocimientos sobre alimentación complementaria y los riesgos asociados	Charla de educación para la salud para madres y padres sobre alimentación complementaria y riesgos asociados	CS	2	Anual	No	No	No
Cólico del lactante	2019	Cólico del lactante	Instruir acerca de las medidas a seguir por los padres ante el cólico del lactante	Charla de educación para la salud sobre el cólico del lactante y cómo tratarlo	CS	2	Anual	No	No	No
Actuación ante la fiebre de los niños	2019	Fiebre	Instruir acerca de las medidas a seguir por los padres en fiebre infantil	Charla de educación para la salud sobre las recomendaciones en caso de fiebre en niños	CS	1	Puntual	No	No	No
La salud bucodental en la escuela	2019	Salud bucodental	Fomentar conocimientos en higiene bucodental	Charla de educación para la salud sobre hábitos de higiene bucodental	Colegio	1	Puntual	No	No	No
Promoción de la lactancia materna: ventajas para madre y niño	2019	Lactancia materna	Fomentar la lactancia materna	Charla de educación para la salud sobre lactancia materna y sus beneficios	Auditorio municipal	1	Puntual	Sí	No	No
Menstruación saludable	2022	Salud de la mujer	Aumentar los conocimientos sobre el periodo menstrual	Charla de educación para la salud sobre el periodo menstrual y cómo paliar sus síntomas	CS	1	Puntual	No	No	No
Menopausia	2022	Salud de la mujer	Aumentar los conocimientos sobre la etapa de menopausia	Charla de educación para la salud sobre la menopausia	Centro propio de la Asociación salud mental	1	Puntual	Sí	No	No
Alimentación y hábitos saludables en jóvenes	2018	Alimentación, ejercicio físico y educación sexual	Mejorar hábitos de alimentación, ejercicio físico y educación sexual	Charla de educación para la salud en la que se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental pre-post test, con muestreo no aleatorio de alumnos (14-16 años)	Instituto	2	Puntual	No	No	Resultado (encuesta de conocimientos pre-post test)

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Educación afectivo-sexual en niños/as (10-12 años) de una zona básica de salud	2019	Educación sexual	Conocer los cambios que se producen en la pubertad, comprender el concepto de "sexualidad" y adquirir competencias de afectividad y respeto hacia los compañeros	Charla de educación para la salud y taller práctico con sesiones dinámicas en las que se abordaban: a) cambios fisiológicos en la pubertad mediante dibujos interactivos, b) uso de internet y las redes sociales en relación a la sexualidad, c) concepto de sexualidad mediante un "brainstorming" (debían contestar lo primero que se le viniera a la cabeza y relacionarlo con el sentimiento que les produce el término) y d) afectividad y respeto mediante la práctica denominada "Es mi cuerpo y yo decido quién lo toca" (con tres colores diferentes en un dibujo en papel, los/as niños/as debían identificar las partes de su cuerpo que únicamente podían tocar ellos, las que podían ser tocadas por personas conocidas y las que eran de contacto público)	Colegio	1	Puntual	No	No	Resultado (encuesta de conocimientos pre-post test)
Educación grupal en diabéticos	2019	Diabetes	Mejorar el autocuidado en pacientes diabéticos tipo II	Charla de educación para la salud sobre los estilos de vida recomendados en pacientes diabéticos tipo II	CS	4	Puntual	No	No	Resultado (encuesta de conocimientos pre-post test)
Educación afectivo-sexual en el colegio	2022	Educación sexual	Mejorar la educación afectivo-sexual de los niños	Charla de educación para la salud afectivo-sexual en colegio (2 clases 6º primaria), impartidas el 20/06/22 de 9-14h (5h)	Colegio	1	Puntual	No	No	No
Caminata solidaria	2022	Ejercicio físico	Proporcionar soporte emocional a pacientes con cáncer de mama a través del ejercicio físico	Ejercicio físico mediante caminata con pacientes con proceso oncológico (cáncer de mama) con la colaboración de un grupo de apoyo sin ánimo de lucro (pacientes recuperados y familiares de pacientes oncológicos)	Vía pública	1	Puntual	Sí	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
"La rueda de la vida"	2022	Proceso oncológico	Proporcionar soporte (emocional) a pacientes oncológicos y sus familiares	Charla de educación para la salud con debate interactivo "La rueda de la vida" para pacientes con cáncer y sus familiares	CS	1	Puntual	No	No	No
Presentación y difusión del grupo de apoyo para pacientes con cáncer y familiares en la Feria de Otoño de la zona	2022	Proceso oncológico	Presentar el nuevo grupo de apoyo para pacientes oncológicos	Mesa informativa en el que se presentó el grupo de apoyo a pacientes y familiares con cáncer, en la Feria de Otoño de la zona	Vía pública	1	Puntual	No	No	No
Actividad física en embarazadas	2022	Ejercicio físico	Aumentar los conocimientos y concienciar de la importancia del ejercicio físico en el embarazo	Charla de educación para la salud sobre actividad física en embarazadas	CS	1	Puntual	No	No	No
Ejercicio físico	2022	Ejercicio físico	Aumentar los conocimientos y concienciar de la importancia del ejercicio físico para llevar a cabo un estilo de vida saludable	Charla de educación para la salud sobre ejercicio físico	CS	1	Puntual	No	No	No
Primeros auxilios en pediatría	2019	Primeros auxilios	Formar en primeros auxilios	Charla de educación para la salud sobre primeros auxilios en pediatría	CS	1	Puntual	No	No	No
Dieta "Baby-led weaning" (BLW)	2019	Alimentación (Dieta BLW)	Instruir a padres y madres sobre la dieta BLW	Charla de educación para la salud en la que se presenta y explica el método de alimentación infantil BLW	CS	1	Puntual	No	No	No
Hábitos para una alimentación sana	2019	Alimentación	Aumentar los conocimientos en alimentación	Charla de educación para la salud sobre las recomendaciones generales para una alimentación saludable	CS	1	Puntual	No	No	No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Proyecto de intervención comunitaria para mejorar las tasas de lactancia materna	2018	Lactancia materna	Fomentar la lactancia materna	Charla de educación para la salud a madres gestantes y sus parejas para aumentar las tasas de lactancia materna al alta del hospital, al mes, 6 meses y 12 meses de vida	CS	ND	Quincenal (12 meses)	No	No	No
Personas diabéticas. Educación grupal en Diabetes Mellitus	2019	Diabetes	Conseguir actitudes y comportamientos que promuevan la responsabilidad del paciente en el manejo de su enfermedad y mejoren su control glucémico	Charla de educación para la salud mediante 5 sesiones de 1 hora de duración: -Sesión n°1: conceptos generales sobre Diabetes -Sesión n°2: alimentación -Sesión n°3: fármacos -Sesión n°4: ejercicio físico y complicaciones crónicas -Sesión n° 5 (Final): resumen de las sesiones anteriores y entrega de documentación	CS	5	ND	ND	ND	ND
Caminata saludable con diabéticos	2019	Diabetes	Concienciar de la importancia del ejercicio físico para reducir las cifras de glucemia	Ejercicio físico mediante caminata con pacientes diabéticos a los que se le realizó una glucemia previa al inicio de la caminata y al finalizar (tras 1h)	CS	1	ND	ND	ND	Glucemia capilar pre-post caminata (se observó una disminución de hasta 100 mg/dL en algún paciente)
Taller de uso de inhaladores para pacientes EPOC y asmáticos	2019	Inhaladores	Aumentar el conocimiento sobre inhaladores; corregir el uso inadecuado y mejorar la adherencia terapéutica	Charla de educación para la salud y taller práctico sobre el manejo de los inhaladores en pacientes con EPOC y asma. Descripción de conceptos: aparato respiratorio, EPOC, asma y pautas sobre el uso correcto de inhaladores (teoría y práctica)	ND	1	Puntual	ND	ND	*No

Nombre AC	Año	Tema	Objetivo	Tipo de intervención y descripción	Lugar de desarrollo	Nº de sesiones	Frecuencia/continuidad	Asociaciones colaboradoras	Financiación	Evaluación de la AC
Vivir con EPOC	2019	EPOC	Aumentar los conocimientos sobre la EPOC y mejorar la adherencia al tratamiento	Charla de educación para la salud sobre EPOC y conexión vía streaming con el Congreso Nacional de Pacientes Crónicos de Murcia, en el que se desarrolló un foro de debate sobre cómo es vivir con EPOC, permitiendo la participación de los asistentes mediante el planteamiento de preguntas	Auditorio municipal	1	Puntual	ND	ND	ND
Taller envejecimiento activo y saludable	2018	Envejecimiento activo	Mantener activos a todos los mayores el mayor tiempo posible	Charla de educación para la salud y taller sobre promoción para la salud en el paciente mayor y envejecimiento saludable	CS	ND	Anual	Sí	Sí (dípticos y material impreso)	No
Taller primeros auxilios	2022	Primeros auxilios	Instruir en primeros auxilios	Charla educación para la salud para formar a alumnos de primaria sobre primeros auxilios y RCP	Colegio	1	Anual	No	No	No

AC (Actividad comunitaria); AP (Atención primaria); CS (Centro de salud); EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica); IES (Instituto de educación secundaria); ITS (Infecciones de transmisión sexual); ND (No disponible); PCR (Parada cardiorrespiratoria); RCP (Reanimación cardiopulmonar); SERGAS (Servizo Galego de Saúde); SVB (Soporte vital básico); UPP (Úlceras por presión)

*Encuesta previa sobre conocimientos en cuanto a EPOC, asma y uso de inhaladores

Tabla B.1. Características de la población diana y de los profesionales que participaron en las 95 AC desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del ASSCB.

Nombre AC	Población diana	N° de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	N° de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Educación sexual para alumnos de primaria	Alumnos de primaria	20-30	Pasivo	Colegio	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Caminatas saludables	Población general	15-20	Pasivo	CS y vía pública	Redes sociales y carteles informativos	Intersectorial (Ayuntamiento)	Enfermería, Medicina, Personal del Ayuntamiento (edil de Sanidad) y Protección Civil	Enfermería	2	No	No	Captación y desarrollo
Introducción a la alimentación complementaria	Madres y padres (niños hasta 6 meses)	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería pediátrica y Peditra	Pediatra	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Hábitos dietéticos en la menopausia	Mujeres	10-12	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	ND	ND	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Lactancia materna	Madres y padres	10-12	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Cómo evitar el dolor de espalda	Población general	15-20	Pasivo	CS	Profesionales	ND	Fisioterapia	Fisioterapia	ND	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación
Instrucciones previas (SERGAS)	Población general	25	Pasivo	CS	Email, profesionales y colaboración centro de día	Profesional	Trabajo Social	Trabajo Social	1	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Taller para cuidadores: parte sanitaria y parte social	Cuidadores de la asociación de discapacidad intelectual	13	Pasivo	CS	Profesionales	ND	Enfermería y Trabajo Social	Trabajo Social	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Factores de riesgo cardiovascular	Población general	23	Pasivo	Cruz roja	Carteles informativos	Profesional	Medicina	Medicina	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Mesa sobre violencia de género	Población general	16	Pasivo	ND	ND	Intersectorial (Ayuntamiento)	Trabajo Social	Trabajo Social	1	Sí	Sí	ND
Orientación a la sexualidad	Adolescentes	100	Pasivo	Instituto	Carteles informativos	Profesional	Enfermería y Farmacia	Enfermería	2	No	No	Captación y desarrollo
Primeros auxilios	Niños (0-9 años)	25-30	Pasivo	Colegio	Profesionales	Profesional	Auxiliar de Enfermería y Enfermería	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Nutrición	Población general	7-12	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Auxiliar de Enfermería y Enfermería	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Higiene bucodental	Población general	12-15	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Auxiliar de Enfermería y Enfermería	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Atención al parto	Mujeres embarazadas	10-12	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Menopausia	Mujeres en edad de menopausia	7-12	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Auxiliar de Enfermería y Enfermería	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Polimedización	Población general	10-15	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Auxiliar de Enfermería, Enfermería y Trabajo Social	Enfermería	3	Sí	Sí	Captación y desarrollo

Nombre AC	Población diana	N° de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	N° de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Cuidados del pie	Pacientes mayores	30	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Educación Social y Enfermería (2 profesionales)	Enfermería	2	No	No	Captación y desarrollo
Alimentación sana	Cuidadores de pacientes inmovilizados	10	Pasivo	Asociación y ayuntamiento	Personal de la asociación	Intersectorial (Asociación)	Enfermería y Personal de la asociación	Enfermería	1	No	No	Desarrollo
Cuidados del paciente encamado: manejo y prevención de UPP	Cuidadores de pacientes inmovilizados	20	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	2	No	No	Captación y desarrollo
Día del cáncer de piel	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional (Iniciativa EIR)	EIR y EFyC	EIR	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Día de la actividad física	Alumnos (6° de primaria y 1° ESO)	25-30	Pasivo	CS	Profesorado	Profesional	Enfermería pediátrica	Enfermería pediátrica	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Inauguración de rutas saludables	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Intersectorial (Ayuntamiento)	Enfermería (2 profesionales) y Personal del Ayuntamiento	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Formación Covid-19	Niños	ND	Pasivo	CS (consulta pediatría)	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería pediátrica	Enfermería pediátrica	1	Sí	Sí	Desarrollo
Alcoholismo en adolescentes	Adolescentes (12-14 años)	ND	Pasivo	CS	Profesional pediatría	Profesional	Profesionales de pediatría	Profesionales de pediatría	ND	ND	ND	Captación, desarrollo y evaluación

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Actividad física para mayores de 65 años con diabetes	> 65 años con Diabetes Mellitus	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	ND	ND	ND	ND	ND	Captación, desarrollo y evaluación
Salud sexual. Educación sexual segura en adolescentes de 4º de ESO	Adolescentes (4º ESO)	100 (4 grupos de 25 alumnos)	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	ND	ND	Desarrollo
Uso de medicamentos. Manejo diario del Sintrom	> 65 años a tratamiento con Sintrom	12	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	ND	ND	Captación, desarrollo y evaluación
Educación sexual	Adolescentes (12-19 años)	20	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	Enfermería pediátrica	Enfermería pediátrica	1	Sí	Sí	Desarrollo y evaluación
Actividad física en pacientes diabéticos	Diabéticos	10-15	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación
Formación en salud de la mujer	Mujeres (20-64 años)	7-8	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación
Formación a cuidadores de pacientes inmovilizados	Cuidadores pacientes inmovilizados	10-15	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
RCP infantil	Madres y padres	7-8	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Pediatra	Pediatra	1	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación
Primeros auxilios	Niños (0-9 años)	500	Pasivo	Colegio	Profesorado	Profesional	Enfermería pediátrica	Enfermería pediátrica	1	No	No	Desarrollo
Comisión Covid-19	Población general	ND	Pasivo	Ayuntamiento	Profesionales y ayuntamiento	Intersectorial (Ayuntamiento)	Enfermería, Personal del Ayuntamiento y otros profesionales no sanitarios	Personal del Ayuntamiento	2	No	No	Captación y desarrollo
Educación en salud bucodental en población infantil	Alumnos CEIP	25-30	Pasivo	Colegio	Profesorado	Profesional	Higienista dental y Trabajo Social	Higienista dental y Trabajo Social	2	Sí	Sí	Desarrollo
Instrucciones previas (SERGAS)	Población general	35-40	Pasivo	CS y ayuntamiento	Trabajadora social del CS y ayuntamiento a través de redes sociales, carteles informativos y radio	Profesional	Trabajo Social	Trabajo Social	1	No	No	Captación y desarrollo
Intervención comunitaria del CS de la zona ("Convivencia y salud en red")	Alumnos IES y familiares	450	Pasivo	Instituto	Profesorado	Intersectorial	Guarda Civil, Inspección Educativa, Medicina, Personal del Ayuntamiento y otros miembros del tercer sector	Medicina	1	No	No	Desarrollo

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Caminatas saludables ("Convivencia y salud en red")	Población general	10-15	Pasivo	CS	Profesionales	Intersectorial	Experto en marcha nórdica, Medicina y Monitor	Monitor	1	No	No	Captación y desarrollo
Construyendo mi camino	Alumnos IES	25-30	Pasivo	Colegio	Profesorado	Instituto	Enfermería, Medicina y otros profesionales del centro	ND	3	No	No	Desarrollo
Intervención en niños con autismo: "Yago ya se puede poner tiritas"	Niños autistas de la asociación	5	Pasivo	Asociación	Personal de la asociación	Intersectorial (asociación)	Medicina	Medicina	1	Sí	Sí	Desarrollo
Promoción de la salud en la menopausia	Mujeres en edad de menopausia	30-40	Pasivo	CS	Profesionales	Intersectorial (ayuntamiento)	Medicina	Medicina	1	No	No	Desarrollo
Actividad y ejercicio físico en obesos	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	ND	ND	ND	Captación y desarrollo
Educación afectivo-emocional y sexual	Alumnos ESO IES	25-30	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Desarrollo
Educación afectivo-sexual	Alumnos 4º ESO	70-75	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Desarrollo
Educación sexual	Adolescentes (12-19 años)	20	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Porteo seguro	Madres y padres de recién nacidos	8-10	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
La fiebre en la infancia	Madres y padres	6-7	Pasivo	CS	Carteles informativos (CS)	Profesional	Enfermería y Pediatra	Enfermería y Pediatra	2	No	No	Captación y desarrollo

Nombre AC	Población diana	N° de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	N° de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Alcoholismo	Población con problemas con el alcohol	5-7	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EIR, EFyC, MIR y Psiquiatra	Psiquiatra	4	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Caminatas saludables	Población general	5-7	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Profesionales salud mental	Profesionales salud mental	3	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Educación sexual	Adolescentes (12-19 años)	5-7	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Pacientes dependientes	Cuidadores pacientes dependientes	5-7	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EFyC	EFyC	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Tabaquismo	Fumadores	5-7	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EIR, EFyCy MIR	EIR, EFyCy MIR	3	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Educación para la salud en la comunidad y gripe	Población general	5	Pasivo	Ayuntamiento	Ayuntamiento	Profesional	Enfermería y Medicina (2 profesionales)	Enfermería y Medicina	3	No	No	Desarrollo
Papilas gustativas: uso y disfrute	Alumnos primaria (5° curso)	25-30	Pasivo	Colegio	Profesorado	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	Sí	Sí	Desarrollo y evaluación
Soporte Vital Básico	Población general	18	Pasivo	Ayuntamiento	Carteles informativos (ayuntamiento)	Profesional	EIR, Enfermería, Medicina (2 profesionales) y MIR	EIR, Enfermería, Medicina y MIR	5	No	No	Desarrollo y evaluación
Protección solar	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería y Pediatra	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia	Madres y padres	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería pediátrica	Enfermería	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Envejecimiento activo	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería y Medicina	Enfermería	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Métodos anticonceptivos	Adolescentes	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Taller de cuidadores	Cuidadores	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Día Mundial de la hipertensión	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	EIR y EFyC	EFyC	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Taller sobre el uso correcto de inhaladores	Población general con problemas respiratorios	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Suelo pélvico	Mujeres postparto	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Día mundial de la diabetes	Población general	65	Pasivo	CS	Carteles informativos	Profesional	EIR y EFyC	EFyC	2	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Primeros auxilios pediátricos	Docentes CEIP	25	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	EIR y EFyC	EFyC	2	No	Sí	Captación, desarrollo y evaluación
Prevención del pie diabético	Diabéticos	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	ND	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Cuidar al cuidador	Cuidadores pacientes dependientes	ND	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Intervención de educación para la salud en los centros escolares	Escolares (3-5 años)	ND	Pasivo	Colegios	Profesionales y profesorado	Profesional	Auxiliar de Enfermería y Enfermería pediátrica	Enfermería pediátrica	2	Sí	Sí	Desarrollo
Introducción a la alimentación complementaria y actuación en caso de atragantamiento o ahogamiento, destinado a madres y padres de bebés	Madres y padres de bebés (4-6 meses)	4-6	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Cólico del lactante	Madres y padres de bebés	4-6	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Actuación ante la fiebre de los niños	Madres y padres (niños en edad infantil)	4-6	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
La salud bucodental en la escuela	Niños de primaria	ND	Pasivo	Colegio	Profesorado y carteles informativos	Profesional	Higienista dental	Higienista dental	1	No	No	Desarrollo
Promoción de la lactancia materna: ventajas para madre y niño	Madres lactantes	ND	Pasivo	CS y Ayuntamiento	Redes sociales y carteles informativos	Profesional	EOG	EOG	1	No	No	Captación y desarrollo
Menstruación saludable	Mujeres	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Menopausia	Mujeres	ND	Pasivo	Asociación de salud mental	Carteles informativos	ND	EOG	EOG	1	No	No	Captación y desarrollo
Alimentación y hábitos saludables en jóvenes	Alumnos IES (14-16 años)	120	Pasivo	Instituto	Profesorado	Profesional	EFyC, EOG y Medicina	EFyC	3	Sí	Sí	Desarrollo y evaluación
Educación afectivo-sexual en niños/as (10 -12 años) de una zona básica de salud	Alumnos de las escuelas de la zona básica de salud (10-12 años)	150 (grupos de 10-12 participantes)	Pasivo	Colegio	Profesorado	Profesional	Enfermería, EFyC, EOG y Medicina	EFyC	3	Sí	Sí	Desarrollo y evaluación
Educación grupal en diabéticos	Diabéticos tipo II	8-10	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EFyC	EFyC	1	Sí	Sí	Captación, desarrollo y evaluación
Educación afectivo-sexual en el colegio	Alumnos 6º primaria	40-60	Pasivo	Colegio	Profesorado	Profesional	EFyC, EIR y EOG	Enfermería Obstétrica-Ginecológica, EFyCy EIR	3	Sí	Sí	Desarrollo

Nombre AC	Población diana	N° de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	N° de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Caminata solidaria	Mujeres con cáncer de mama	ND	Pasivo	CS	Profesionales y personal de la asociación	Profesional	Medicina y Voluntarios del grupo de apoyo	Medicina	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
"La rueda de la vida"	Pacientes con cáncer y familiares	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Trabajo Social	Trabajo Social	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Presentación y difusión del grupo de apoyo para pacientes con cáncer y familiares en la Feria de Otoño de la zona	Pacientes con cáncer y familiares	ND	Pasivo	ND	ND	ND	Medicina	Medicina	1	No	No	Desarrollo
Actividad física en embarazadas	Embarazadas	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG	EOG	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Ejercicio físico	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería y EFyC	EFyC	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Primeros auxilios en pediatría	Madres y padres	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería y EFyC	EFyC	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Dieta BLW	Madres y padres	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería y EFyC	EFyC	2	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Hábitos para una alimentación sana	Población general	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo
Proyecto de intervención comunitaria para mejorar las tasas de lactancia materna	Madres gestantes y sus parejas	ND	Pasivo	CS	Profesionales	Profesional	EOG y Pediatra	EOG y Pediatra	2	Sí	ND	Captación y desarrollo

Nombre AC	Población diana	Nº de participantes	Nivel de participación de asistentes	Lugar de captación de la población diana	Estrategia de captación	Iniciativa de su desarrollo	Tipo de profesional que participa	Categoría profesional líder	Nº de profesionales de AP que participan	AC en horario laboral AP	Adaptación agendas AP	Nivel de implicación de AP
Personas diabéticas. Educación grupal en Diabetes Mellitus	Diabéticos	13	Pasivo	CS	Profesionales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Captación y desarrollo
Caminata saludable con diabéticos	Diabéticos	ND	Pasivo	CS	Profesionales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Captación, desarrollo y evaluación
Taller de uso de inhaladores para pacientes EPOC y asmáticos	Pacientes con EPOC y asma, a tratamiento con inhaladores	10	Pasivo	CS	Profesionales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Captación, desarrollo y evaluación
Vivir con EPOC	Pacientes con EPOC	30	Pasivo	CS	Profesionales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Taller envejecimiento activo y saludable	> 65 años y cuidadores principales	50-50	Pasivo	CS	Profesionales y carteles informativos	Profesional	Enfermería (4 profesionales) y Trabajo Social	Trabajo Social	5	No	No	Captación y desarrollo
Taller primeros auxilios	Alumnos de primaria	25-30	Pasivo	Colegio	Profesorado	Profesional	Enfermería	Enfermería	1	Sí	Sí	Captación y desarrollo

AC (Actividad comunitaria); AP (Atención primaria); BLW (Baby-led weaning); CS (Centro de salud); CEIP (Colegio de educación infantil y primaria); EIR (Enfermero/a interno residente); EFyC (Enfermería Familiar y Comunitaria); EOG (Enfermería Obstétrico-Ginecológica); EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica); ESO (Educación secundaria obligatoria); IES (Instituto de educación secundaria); MIR (Médico/a interno residente); ND (No disponible)

ARTÍCULO 3

Received: 14 February 2024 | Revised: 3 June 2024 | Accepted: 10 July 2024

DOI: 10.1111/phn.13385

NURSING AND HEALTH POLICY PERSPECTIVE



WILEY

Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns MSN, RN^{1,2} | Maruxa Zapata Cachafeiro PhD^{2,3,4} |
 Sílvia Novío Mallón PhD² | Iria Lareu Coego RN⁵ | Natalia Vieito Pérez MSN, RN⁵ |
 Almudena Rodríguez Fernández PhD^{2,3,4}

¹Galician Public Healthcare Service, Healthcare Centre of Concepción Arenal, Rúa de Santiago León de Caracas, Santiago de Compostela, Spain

²Department of Psiquiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

³Consortium for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health (CIBER of Epidemiology and Public Health, CIBERESP) Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

⁴Health Research Institute of Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, Spain

⁵Galician Public Healthcare Service, University Hospital Complex of Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela, Spain

Correspondence

Sílvia Novío Mallón, Department of Psiquiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, 15782 Santiago de Compostela, Spain.

Email: silvia.novio@usc.es

Abstract

Objective: To ascertain student nurses' degree of knowledge, attitudes, and perceptions regarding the implementation of community activities (CA) in primary care.

Design: Questionnaire-based cross-sectional study.

Sample: The study was conducted with 152 students seeking a nursing degree at the University of Santiago de Compostela (North Spain) in the 2022/2023 academic year.

Measurements: We distributed a self-administered online questionnaire on CA, which are actions undertaken in collaboration with the local community and targeted at groups of people with common needs, in order to improve the health and wellbeing of the population.

Results: Only 15.1% of the sample was able to identify CA correctly. However, 93.4% considered these an effective approach for the control of chronic diseases. Special mention should be made of the positive attitude shown by students toward the implementation of these types of activities.

Conclusion: Nurses play a key role in preventing chronic diseases, and it is therefore necessary to ensure that they are trained in the implementation of CA aimed at reducing the incidence of such diseases. Future training plans for nurses should emphasize the community perspective in order to improve the skills of future professionals in this field and to increase the success of these interventions.

KEYWORDS

attitude, community activities, health promotion, knowledge, nursing, primary health care, public health

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2024 The Author(s). *Public Health Nursing* published by Wiley Periodicals LLC.



1144

wileyonlinelibrary.com/journal/phn
Public Health Nurs. 2024;41:1144–1153.

1 | BACKGROUND

In recent decades, increased life expectancy and advances in health-care have brought about a significant change in the health-illness continuum, characterized by a marked increase in the prevalence of chronic diseases and a decrease in disease-free years (Izcue et al., 2021).

The morbidity and mortality associated with chronic diseases make it necessary to reevaluate traditional healthcare approaches, which pose an ever greater challenge to healthcare systems around the world (Hajat & Stein, 2018). Although there are chronic diseases due to non-modifiable risk factors, such as family history, genetics, autoimmune pathologies, etc., which are only susceptible to secondary and/or tertiary prevention, many of them are preventable by reducing common risk factors (Pan American Health Organization/World Health Organization, n.d.). In this regard, health-related behaviors, conditioned by social determinants such as socioeconomic level and work or cultural conditions, play a transcendental role in the development of these diseases. Specifically, alcohol consumption, sedentarism, smoking, and poor diet are risk factors for the development of different types of cancer, diabetes, and cardiovascular diseases (World Health Organization, 2023).

Primary prevention through health education and promotion from a community perspective is proposed as the most effective approach for improving health-related behaviors, through the provision of holistic, integrated care (Fisher & Chanan, 2015). In this context, primary care (PC), a model of care that supports first-contact, accessible, continuous, comprehensive, and coordinated person-focused care (World Health Organization, n.d.) enjoys a privileged position for achieving this goal, given its closeness to the population (Pan American Health Organization/World Health Organization, 1978).

Spain's National Health Service is a public system that is universally available and free of charge, financed mainly through general taxes and social security contributions. It is organized in line with a decentralized model, where the Autonomous Regions which make up the country are responsible for managing local resources and healthcare. The system is divided into two levels of care, primary and specialized, with healthcare being structured around primary care (PC) through 13,000 health centers. This model enables individuals, families, and communities to be cared for and followed up in a comprehensive, close, and continuous manner over time, reaching the entire population, regardless of socioeconomic level, thus ensuring health equity. Furthermore, it makes for greater effectiveness and efficiency in caring for the health of the population, which is essential in the context of a heavy disease burden associated with aging, chronic diseases, dependency, and social inequality (National Health System's Interterritorial Council, 2021). This is endorsed by the World Health Organization, which lays down the need to bring healthcare near to where people live and work, fostering a community approach (World Health Organization & the United Nations Children's Fund, 2020) through the implementation of community activities (CA) (Gittelson et al., 2017).

CA is defined as "all those intervention and participation activities that are carried out with groups of people that have common characteristics, needs or interests, and are aimed at promoting health, increasing quality of life and social well-being, enhancing the capacity of individuals and groups to address their own problems, demands or needs" (March et al., 2011). CA must be undertaken by a multidisciplinary team made up of staff drawn from municipal councils, social services, primary schools, high schools, associations and health-care, among others (Ministry of Health, 2021). Hence, promoting the participation of PC professionals in the development of CA, together with the identification and utilization of health assets, that is, factors or resources that enhance the capacity of individuals, groups, communities, populations, social systems and institutions to maintain and sustain health and well-being, and thereby contributing to reducing health inequalities (e.g., sports associations, volunteering, art workshops, etc.) (Garipe et al., 2022), forms part of the proposals for improving the community approach in the Spanish PC setting (Ministry of Health, 2022; National Health System's Interterritorial Council, 2021).

Nurses are key agents in the implementation of community interventions (March, Soler et al., 2014) aimed at preventing the adoption of ineffective eating patterns or sedentary lifestyles (Martil et al., 2019). They are also favorably placed when it comes to improving the sustainability of the system (Rafferty et al., 2019) and responding efficiently to the demands of people with chronic diseases (Nohra & Rothan-Tondeur, 2022). Moreover, the role of nursing has been shown to be the profile most involved in the development of these types of activities (March, Soler et al., 2014) and indeed being the benchmark vis-à-vis for people living with a chronic disease in the community (Stephen et al., 2018), by providing cost-effective, high-quality care (Parkinson & Parker, 2013).

Public health nurses working in PC are in close contact with community agents and resources. This gives them the ability to establish trusting relationships with the community and accurately identify local health needs. Furthermore, as key agents in public health, they encourage the involvement of citizens in their own self-care and empower the community in healthy practices and disease prevention (Machado-Becker et al., 2020). CA led by public health nurses include actions as diverse as health promotion sessions in local associations, educational workshops in schools, coordination of training sessions, or intersectoral actions with different community agents, among others (Mosteiro-Miguéns et al., 2024).

People with chronic diseases require professional care that encourages self-care and self-management of the disease, in nearby accessible settings, such as the community and PC (Hone et al., 2018). Similarly, involving patients by making them active partners in their disease process contributes to the empowerment of their self-care (Haldane et al., 2019). In this context, there is a need for proactive measures that would serve to reduce the growing incidence of these diseases, with health-promotion CA being an effective tool. CA-based interventions have succeeded in improving aspects of health, like dietary habits (Gittelson et al., 2017), cardiovascular health, and quality of life

(Lapena et al., 2022). Similarly, there is evidence of other health promotion actions, such as social prescribing (SPr), a non-medical service of Primary Health Care that provides people with non-clinical care alternatives to help improve their health and well-being (Howarth et al., 2020) with favorable cost-effective results (Lynch & Jones, 2022) for the improvement of health-related behaviors, including self-care and physical exercise (Htun et al., 2023).

Despite the above evidence, implementation of CA at health centers remains minimal and uneven (March, Soler et al., 2014; Sandhu et al., 2022). Thus, given the transcendental role of nurses as health promoters in the community (Ge et al., 2023), their training should ensure the acquisition of the necessary knowledge and skills, not only for identifying people's needs but also for planning community programs.

2 | METHOD

2.1 | Design

This study used a cross-sectional design.

2.2 | Measures

Data were collected using a purpose-designed questionnaire based on existing scientific literature (Aguiló Pastrana et al., 2002; Rogers et al., 2021). The questionnaire consisted of 33 items divided into 4 sections (Supplementary Material 1): the first was made up of 13 closed questions on sociodemographic and academic aspects (gender, age, undergraduate year of study, and field of nursing in which the participant would like to work), as well as questions to ascertain training and experience in CA; in the second and third sections, data were collected on knowledge about CA (9 closed questions), and on participants' attitudes to implementation of such activities (5 closed questions), respectively. Lastly, the fourth section included nine items to evaluate perceptions about implementation of CA in PC. In this last section, we used a Likert-type scale with 5 response options (1 = strongly disagree, 5 = strongly agree).

The reliability and validity of the questionnaire were assessed. We computed the scale's Cronbach alpha (α) and the scale's α when the item was removed in order to test the tool's internal consistency reliability. From the item-total statistics, items were considered for removal if the item caused a substantial drop (10% or more) in the scale's α score when removed (Betz, 2000). On the other hand, the content validity was assessed by a panel of nurses (10 raters). All the experts were active nurses with more than 5 years nursing experience. Experts used a 4-point Likert scale to evaluate the relevance of each item, from 1 being "not relevant at all," to 4 being "highly relevant." For each item, the content validity index (I-CVI) was calculated as the proportion of respondents answering 3 or 4 on the scale. Furthermore, the total scale content validity index (S-CVI), a mean of the I-CVI for all

items, was calculated. A minimum cut-off I-CVI and S-CVI of 0.78 and 0.90, respectively, was used (Polit & Beck, 2020).

2.3 | Sample and data collection

The study was conducted at the University of Santiago de Compostela in Galicia (North Spain), where the nursing degree is taught over a period of 4 years, with the first and second years conceived as the first cycle, and the third and fourth year as the second cycle. We included registered students of any gender, aged ≥ 18 years, who attended first, second, third, and fourth-year courses during the 2022–2023 academic year and were willing to participate voluntarily.

The size of the study population was 570 at the time of the research. Keeping the expected frequency of all variables at 50%, the desirable sample size using a 95% confidence interval came out to be 307.

Data were collected from December 15 2022 through April 11 2023. The questionnaire, which was distributed in electronic format (Microsoft Forms) via social media and instant messaging groups, was anonymous and self-administered, and no incentive was offered for completing it. In order to achieve the highest response rate, three reminders were sent out (mid-January, February, and March) during the period in which the questionnaire was available for completion. Data-collection ended when 7 consecutive days had elapsed after dispatch of the last reminder without any new responses being received.

2.4 | Analytic strategy

The results were expressed as frequency and percentage distribution in the case of categorical variables, and as median and deviation in the case of quantitative variables. Normality was tested using numerical tests (asymmetry coefficient; kurtosis; relation between mean, median, and mode; Kolmogorov-Smirnov test) and graphs (Q-Q graph).

Differences in knowledge between first and second-cycle students were analyzed using Pearson's chi-squared test. All statistical analyses were performed using the IBM SPSS Statistics (version 27) software program, with 0.05 set as the significance level.

2.5 | Ethical considerations

The study protocol was approved by the Bioethics Committee of the University of Santiago de Compostela (Supplementary Material 2) and Research Ethics Committee of Santiago-Lugo (registration code 2022/277) (Supplementary Material 3). All participants were informed of the study's aims and objectives, the voluntary nature of the questionnaire, and the persons in charge of research. Data confidentiality was

TABLE 1 Socio-demographic and academic characteristics of the sample ($n = 152$).

Item	Total n (%)
Gender	
Male	22 (14.5)
Female	130 (85.5)
Age, median (interquartile range)	
	20 (18–22)
Academic year of the nursing degree you are currently taking	
First year	60 (39.5)
Second year	6 (3.9)
Third year	45 (29.6)
Fourth year	41 (27.0)
Area of nursing in which you would prefer to work when you graduate (Select the options that apply)	
Community nursing	25 (16.4)
Surgical-medical nursing	36 (23.7)
Pediatric nursing	47 (30.9)
Emergency, ICU and RU	73 (48.0)
Obstetric-gynecological nursing	36 (23.7)
Mental health nursing	22 (14.5)
Geriatric nursing	5 (3.3)

Abbreviations: ICU, intensive care unit; RU, reanimation unit.

guaranteed in accordance with the Helsinki Declaration and Spain's Data Protection Act (Organic Act 3/2018) (Data Protection Act).

3 | RESULTS

3.1 | Description of the sample

A total of 572 nursing degree students at the University of Santiago de Compostela were invited to participate in the study, with a response rate of 26.6% ($n = 152$). Most of the sample were women (85.5%) and first-year students (39.5%), median age 20 years (± 6.9). In terms of a future career choice, the majority of the participants wanted to work in special services, such as emergencies, intensive care, etc., (48%) with community nursing being chosen by only 16.4% (Table 1).

3.2 | Psychometric properties of the questionnaire

Correlation analysis showed that the scores of all items were significantly and positively correlated with the total score. The questionnaire's α was 0.80 (very good internal consistency), which would not have increased if any of the items had been removed (no item caused a drop 10% or more in the questionnaire's α score when removed). On the other hand, the results showed that the questionnaire had the I-CVI ranging from 0.8 to 1 and the S-CVI at 0.935, indicating high content validity.

3.3 | CA training

While approximately half of the participants (56.6%) reported having received training in CA (Q1), only 20% reported having sought information in addition to that received in the degree course (Q2), with the Internet being the main source of information (79.6%) (Q3).

At the time of completing the questionnaire, 20% of the sample had already completed one rotation through PC (Q5), during which 41.9% had received training in CA (Q6), and some even had the opportunity of participating in one such activity (35.4%) (Q8). In contrast, the negligible training received by the students in SPr aspects was noteworthy (Q4, Q7), with 88.2% reporting having received none (Table 2).

3.4 | Knowledge about CA

The great majority of participants (89.5%) knew the definition of CA (Q9), were clear on the fact that there was evidence to show that these activities generated a positive health impact (88.2%) (Q11), and were also able to pinpoint ideal places where these could be carried out (Q12). That said, however, only 15.1% were able to identify an example of CA correctly (Q10). Likewise, more than half of the participants (59.8%) were not sure about the difference between CA and health promotion activity (Q13), displaying scant knowledge about SPr (85.5%) (Q14, Q15), and health assets (76.6%) (Q16, Q17).

3.5 | Attitudes toward CA

Almost 90% of the participants would be willing to take part in CA (Q18), with nursing being the professional category which, in their opinion, should assume leadership of CA (Q19). Furthermore, a great proportion of students (61.2%) would be interested in expanding their training in CA (Q20), essentially to improve their knowledge in this field (Q21), with the nursing degree study plan being the main source via which this group of students would like to learn more about the topic (Q22).

3.6 | Perceptions about CA

Although the majority of participants (93.4%) reported that CA could improve the approach to chronic disease (Q23), they felt that their implementation at health centers was negligible (66.4%) (Q25), that they were not carried out in a standard manner (50%) (Q26), and that, moreover, they were not sufficiently encouraged by the institutions (42.1%) (Q28). Similarly, the participants did not know precisely who were tasked with promoting CA (Q24) but agreed that the training of PC professionals would contribute to their development (90.8%) (Q27) (Table 3).

TABLE 2 Training of participants in CA (n = 152).

Item	Total n (%)
Q1. Have you received training on CA?	
Yes	86 (56.6)
No	55 (36.2)
Dk/No	11 (7.2)
Q2. Have you searched for additional information on CA?	
Yes	31 (20.4)
No	118 (77.6)
Dk/No	3 (2.0)
Q3. Source from which you have collected information on CA (Select the options that apply)	
Books	2 (1.3)
Clinical practice guidelines	5 (3.3)
Scientific papers (articles)	11 (7.2)
Internet	16 (79.6)
Specific training courses	3 (2.0)
Other sources	11 (7.2)
Q4. It has been explained to you what SPPr is	
Yes	8 (5.3)
No	134 (88.2)
Dk/No	10 (6.6)
Q5. You have done a rotation in PC	
Yes	31 (20.4)
No	121 (79.6)
Q6. During the rotation they explained to you what CA are	
Yes	13 (41.9)
No	17 (54.8)
Dk/No	1 (3.2)
Q7. During the rotation they explained to you what SPPr is	
Yes	3 (9.6)
No	28 (90.4)
Q8. During the rotation you performed CA	
Yes	11 (35.4)
No	19 (61.3)
Dk/No	1 (3.2)

Abbreviations: CA, community activity; Dk/No, don't know/ no opinion; PC, primary care; Q, question; SPPr, social prescribing.

3.7 | Differences in knowledge between first- and second-cycle students

Knowledge of CA improved with the seniority of the students ($p < .001$). Specifically, there were significant differences between first- and second-cycle students in three of the questions posed on the topic. Second-cycle students were better at identifying places to carry out CA (Q12), had better knowledge of the health impact of CA (Q11), and knew the definition of health assets (Q17) (Table 4).

TABLE 3 Knowledge, attitudes, and students' perceptions about CA (n = 152).

Item	Total n (%)
Q9. A CA can be defined as...	
Intervention and participation activities that are carried out with groups that have common characteristics, needs or interests and are aimed at promoting health, increasing quality of life and social well-being, enhancing the capacity of individuals and groups to address their own problems, demands or needs (C)	136 (89.5)
Any factor or resource that enhances the capacity of individuals, communities and populations to maintain health and well-being	4 (2.6)
The educational process that aims to make citizens responsible for the defence of their own and collective health	2 (1.3)
Dk/No	10 (6.6)
Q10. Which of the following activities do you consider CA? (Select the options that apply)^a	
Group sessions on healthy eating, requested by overweight residents of the neighbourhood, with subsequent evaluation of the knowledge acquired; in which the participants contribute by narrating their themselves experiences (C)	116 (76.3)
A talk on oral hygiene at the school given by health staff from the local health centre	102 (67.1)
Handing out and explaining information leaflets on healthy eating at the doors of the local health centre on World Obesity Day	90 (59.2)
Flu vaccination campaign	80 (52.6)
Dk/No	0
Q11. There is evidence that CA have a positive impact on health	
Yes (C)	134 (88.2)
No	1 (0.7)
Dk/No	17 (11.2)
Q12. Possible places to carry out CA (Select the options that apply)	
At a school (C)	140 (92.1)
At a socio-cultural center (C)	137 (90.1)
At a health centre (C)	135 (88.8)
Dk/No	0
Q13. You consider CA and "health promotion activity" to be synonyms	
Yes	63 (41.4)
No (C)	61 (40.1)
Dk/No	28 (18.4)
Q14. Do you know what SPPr in PC consists of?	
Yes	4 (2.6)
No	130 (85.5)
Dk/No	18 (11.8)

(Continues)

TABLE 3 (Continued)

Item	Total n (%)
Q15. Which of the following actions do you consider SPR? (Select the options that apply)	
Overweight patient (BMI 28) who attends the nursing consultation to lose weight, and is referred to weekly sessions in which group Nordic walking sessions are carried out (C)	2 (25.0)
Mindfulness workshops developed by PC nurses at the health centre	2 (25.0)
Referral by a PC doctor to physiotherapy sessions for a patient with lumbosciatica	1 (12.5)
An informative talk given by nursing staff at the health centre, to people over the age of 65, on the benefits of practising yoga	3 (37.5)
Dk/No	0
Q16. Do you know what health assets are?	
Yes	14 (9.2)
No	118 (77.6)
Dk/No	20 (13.2)
Q17. Health assets are defined as:	
Infrastructure intended for profit-making health care necessarily	1 (7.1)
Any factor or resource that enhances the capacity of individuals, groups, communities, populations, social systems and institutions to maintain and sustain health and well-being, contributing to reducing health inequalities (C)	13 (92.8)
The circumstances in which people are born, grow up, work, live and age, including the broader set of forces and systems that influence the conditions of everyday life	0
Dk/No	0
Q18. Are you willing to participate in CA in PC?	
Yes	136 (89.5)
No	5 (3.3)
Dk/No	11 (7.2)
Q19. What category of staff should assume the lead leadership in CA? (Select the options that apply)	
Nursing	142 (93.4)
Doctors	59 (38.8)
Residents in specialised healthcare training	56 (36.8)
Social worker	72 (47.4)
Other	9 (5.9)
Dk/No	0
Q20. Level of interest in acquiring knowledge about CA	
Very disinterested	5 (3.3)
Disinterested	2 (1.3)
Neither disinterested nor interested	52 (34.2)
Interested	74 (48.7)
Very interested	19 (12.5)

(Continues)

TABLE 3 (Continued)

Item	Total n (%)
Q21. Why do you want to increase your training (Select the options that apply)^b	
Participate in CA developed by health care centre	41 (27.0)
Leading CA developed by health care centre	17 (11.2)
To increase knowledge in this field	82 (53.9)
Other reasons	3 (2.0)
Dk/No	0
Q22. From which source would you like to learn more about CA (Select the options that apply)	
Nursing degree subjects	75 (49.3)
Online search engines	13 (8.6)
Accredited courses	54 (35.5)
Other sources of information	3 (2.0)
Dk/No	0
Q23. CA can improve the management of chronic diseases	
Strongly disagree	0
Disagree	1 (7.0)
Neither agree nor disagree	9 (5.9)
Agreed	38 (25.0)
Very much agree	104 (68.4)
Q24. The development of CA stems from the voluntarism of professionals	
Strongly disagree	5 (3.3)
Disagree	17 (11.2)
Neither agree nor disagree	64 (42.1)
Agreed	47 (30.9)
Very much agree	19 (12.5)
Q25. There is little development of CA in health care centres	
Strongly disagree	0
Disagree	6 (3.9)
Neither agree nor disagree	45 (29.6)
Agreed	64 (42.1)
Very much agree	37 (24.3)
Q26. The development of CA in health centres is not standardised	
Strongly disagree	1 (0.7)
Disagree	13 (8.6)
Neither agree nor disagree	62 (40.8)
Agreed	40 (26.3)
Very much agree	36 (23.7)
Q27. Training of PC professionals would encourage the development of CA	
Strongly disagree	1 (0.7)
Disagree	1 (0.7)
Neither agree nor disagree	12 (7.9)
Agreed	40 (26.3)
Very much agree	98 (64.5)

(Continues)

TABLE 3 (Continued)

Item	Total n (%)
Q28. Promotion of CA by the institutions is adequate	
Strongly disagree	11 (7.2)
Disagree	53 (34.9)
Neither agree nor disagree	60 (39.5)
Agreed	16 (10.5)
Very much agree	12 (7.9)

Abbreviations: C, correct; CA, community activity; Dk/No, don't know/ no opinion; PC, primary care; Q, question; SPr, social prescribing.

^aItem formulated as a multiple-choice question with only one correct answer: 15.1% of the participants answered this question correctly.

^bOf those who responded "Interested" or "Very interested" in question 20.

TABLE 4 Differences in knowledge of CA between students taking to the first cycle (1st and 2nd year) or to the second cycle (3rd and 4th year) (n = 152).

	Correct n (%)	Incorrect n (%)	p
Q9. Correct definition of CA			
First cycle	57 (86.4)	9 (3.6)	.274
Second cycle	84 (97.6)	2 (2.3)	
Q10. Activities that you consider CA			
First cycle	7 (10.6)	59 (89.3)	.173
Second cycle	16 (18.6)	70 (81.3)	
Q11. They are aware that CA have a positive impact on health			
First cycle	50 (75.7)	16 (24.2)	<.001
Second cycle	84 (97.7)	2 (2.3)	
Q12. Possible places to carry out CA			
First cycle	45 (68.2)	21 (31.8)	<.001
Second cycle	80 (93.0)	6 (7.0)	
Q13. You consider CA and "health promotion activity" to be synonyms			
First cycle	21 (31.8)	45 (68.2)	.067
Second cycle	40 (46.5)	46 (53.5)	
Q17. Correct definition of health assets			
First cycle	1 (1.5)	65 (98.5)	.007
Second cycle	12 (13.9)	74 (86.0)	

Abbreviation: CA, community activity.

4 | DISCUSSION

To our knowledge, this is the first study to examine the knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding implementation of CA in PC. The results of this study show that the participants have very little information about what CA entail, despite considering them effective approaches for the control of diseases, and that they are very interested in their implementation. Furthermore, they are not sure about the differences between

CA and health promotion activities. Having said that, however, second-cycle students show themselves to be more knowledgeable about CA.

The low level of knowledge possessed by second-cycle students is a worrying fact because, under the current study plan, they should be fully conversant with CA in PC, given that when the questionnaire was distributed, third-year students had already completed the Community Nursing I course program and fourth-year students had undergone clinical practice in PC. These findings serve to corroborate what other authors have already reported, that is, although community participation and action were the central pillars which underpinned the foundation of PC in Spain (1980s), something that has been reaffirmed in successive changes in the law (Act 16/2003; Royal Decree 1030/2006), it is nevertheless an aspect that is widely neglected, not only during clinical practice but also during the training stage (March et al., 2011, 2015; March, Jordán-Martín et al., 2014).

The lack of knowledge previously reported could have direct repercussions on the working life of future professionals, with their scant knowledge of the topic being one of the obstacles that hinder implementation of CA in PC (March, Soler et al., 2014). In this context, a large proportion of the participants erroneously identified various actions as instances of CA, which highlights the fact that the participants have difficulties in identifying concrete CA. This confusion could arise due to a misinterpretation of the term "community activities," because it is frequently thought that to include any health promotion action. Yet, CA are activities aimed at a group of people with common characteristics or needs, whose organization entails the involvement of community agents (neighborhood associations, city council professionals, teachers, etc.), as well as the participation of community in some stages of their development, with the aim of improving their health and wellbeing (the community is thus involved in its own self-care). This accredits CA with having a greater potential health benefit (March et al., 2015). In contrast, "health promotion" is a much broader concept that does not require the collaboration of community agents, and can also be intended for only one person who does not have to take an active role, for example, brief health advice during consultations with a nurse, where the patient is simply a recipient of information.

One noteworthy aspect of this study was the interest shown by student nurses, both in participating in the implementation of CA and in expanding their training. This is highly important because nurses play an indispensable role in carrying out CA, and their intervention is truly essential and yields good results in health promotion (Martil et al., 2019). The fact that these future professionals are willing to undergo further training could eliminate some of the obstacles currently confronting CA, such as the lack of skills for implementing them (Aguiló Pastrana et al., 2002; Cardo et al., 2023). Raising awareness about the current barriers to CA is the first step toward promoting their future implementation (Valls et al., 2018).

To foster the skill set of these professionals, student nurse training needs to be geared to a community approach from the classroom (Hosseinejad et al., 2022), ensuring a solid undergraduate education based on health promotion that would serve to facilitate the transformation

of healthcare demanded by health authorities (Hackbarth & Boccuti, 2011). This would ensure that professionals better trained in health promotion contribute to the cohesive association between the community and healthcare sector, improve the approach to chronicity (Bauer et al., 2014), and strengthen the caregiving aspect of PC (Leppin et al., 2018).

Less than half of the student nurses acknowledged having received CA training in any of the subjects forming part of the study plan or in the context of their clinical practice. Community health-promotion interventions are addressed in the Community Nursing I and II courses, which are taught in the first semester of the second and third years of the University of Santiago de Compostela nursing degree, respectively. The fact that training in CA is given in the second cycle of the degree course, and that the supervised practical training which requires students to rotate through PC is also given in this cycle, might account for the difference in knowledge between first and second-year students on the one hand, and third and fourth-year students on the other. These results highlight the need to introduce improvements in the course program, such as incorporating CA and health promotion actions earlier in the study plan or extending the clinical practice period in the PC setting, since under the current plan these are mostly undertaken in the specialized setting, with the PC setting accounting for only 16.7% of the total duration of such practices (2 months' duration). The suggested change could thus improve the acquisition of and effective establishment of knowledge about this topic, favoring future professional practice in CA.

Although CA are mainly undertaken at PC centers (March, Jordán-Martín et al., 2014), only 27% of study participants were fourth-year students, the undergraduate year during which practical training is rotated through health centers. It should be stressed that the majority of students who had rotated through PC reported that they had not undertaken any CA, which shows that these activities are little implemented (Aguiló Pastrana et al., 2002; March et al., 2015). This may be attributable to one or more of the following: the work overload of PC professionals; organizational aspects (e.g., lack of specific spaces and timetables earmarked for these types of actions); lack of involvement of qualified staff; and lack of information and/or training of professionals (Gittelsohn et al., 2017; Thomson et al., 2018; Wändell et al., 2018).

4.1 | Strengths and limitations

This study provides evidence on the level of preparation of nursing students for the development of CA in PC. Furthermore, the results obtained identify the need to substantially improve nursing training plans. In particular, it is suggested that such improvement should be oriented toward a more community and health promotion approach.

This study has the following limitations. Firstly, given that there was no validated tool for registering the study variables and that the questionnaire completed by students was self-administered, there may possibly have been some information or self-report bias, as well as some participation bias. Secondly, the results of this study only

included data from one university in Spain, so that future studies pursuing this line of research might do well to explore different cultural and educational settings in other countries. Lastly, note should be made of the low participation rate, which could compromise the external validity of the results.

5 | CONCLUSION

Bearing in mind the efficacy of CA in terms of improving the quality of life of patients with chronic diseases and the important role of nurses as public health agents, community-based nursing training must be promoted and enhanced in order to boost the development of community programs targeted at reducing the worldwide epidemic of chronic diseases.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

ORCID

Silvia Novio Mallón PhD  <https://orcid.org/0000-0002-6169-8356>

REFERENCES

- Aguiló Pastrana, E., López Martín, M., Siles Román, D., & López Fernández, L. A. (2002). Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP) [Community activities in primary care in Spain. An analysis based on the network of the Program of Community Activities (PACAP)]. *Atención Primaria*, 29(1), 26–32. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70495-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70495-2)
- Arija, V., Villalobos, F., Pedret, R., Vinuesa, A., Timón, M., Basora, T., Aguas, D., & Basora, J. (2017). Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: The “Pas-a-Pas” community intervention trial. *BMC Public Health*, 17(1), 576. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4485-3>
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet (London, England)*, 384(9937), 45–52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60648-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60648-6)
- Betz, N. E. (2000). Test construction. In Leong, F. T. L., & Austin, J. T. (Eds.), *The psychology research handbook: A guide for graduate students and research assistants* (1st edn., pp. 239–250). Sage Publications, Inc.
- Cardo Miota, A., Valls Pérez, B., Gil García, E., & Hernán García, M. (2023). Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: Identificar agentes clave para la formación [Proposals for the community orientation of primary health care: To identify key agents for training]. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102269. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102269>
- Fisher, B., & Chanan, G. (2015). Social action for health gain: The potential of community development. *British Journal of General Practice*, 65(631), 97–98. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683641>
- Garipe, L. Y., Pace, N., Cane, L., García, M. H., Cofiño Fernández, R., & Perman, G. (2022). Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires [Mapping strategy for health and wellbeing community assets in the city of Buenos Aires]. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 79(2), 156–161. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.30899>

- Ge, J., Zhang, Y., Fan, E., Yang, X., Chu, L., Zhou, X., Yan, Y., & Liu, W. (2023). Community nurses are important providers of continuity of care for patients with chronic diseases: A qualitative study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 004695802311608. <https://doi.org/10.1177/00469580231160888>
- Gittelsohn, J., Trude, A. C., Poirier, L., Ross, A., Ruggiero, C., Schwendler, T., & Anderson Steeves, E. (2017). The impact of a multi-level multi-component childhood obesity prevention intervention on healthy food availability, sales, and purchasing in a low-income urban area. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1371. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111371>
- Hackbarth, G., & Boccuti, C. (2011). Transforming graduate medical education to improve health care value. *New England Journal of Medicine*, 364(8), 693–695. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1012691>
- Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports*, 12, 284–293. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS one*, 14(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? *Lancet (London, England)*, 392(10156), 1461–1472. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31829-4)
- Hosseinejad, A., Rassouli, M., Jahani, S., Elahi, N., & Molavnejad, S. (2022). Community health nursing in Iran: A review of challenges and solutions (an integrative review). *Frontiers in Public Health*, 10, 899211. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.899211>
- Howarth, M., Brettell, A., Hardman, M., & Maden, M. (2020). What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: A scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription. *BMJ Open*, 10(7), e036923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036923>
- Htun, H. L., Teshale, A. B., Cumpston, M. S., Demos, L., Ryan, J., Owen, A., & Freak-Poli, R. (2023). Effectiveness of social prescribing for chronic disease prevention in adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 77(4), 265–276. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-220247>
- Izcue, J., Cordero, M. J., Plaza, M., Correa, P., & Hidalgo, A. (2021). ¿Qué es la medicina del estilo de vida y por qué la necesitamos? [What is lifestyle medicine and why do we need it]. *Revista Médica Clínica las Condes*, 32(4), 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.010>
- Lapena, C., Continente, X., Sánchez Mascarano, A., Mari dell'Olmo, M., & López, M. J. (2022). Effectiveness of a community intervention to reduce social isolation among older people in low-income neighbourhoods. *European Journal of Public Health*, 32(5), 677–683. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac100>
- Leppin, A. L., Schaepe, K., Egginton, J., Dick, S., Branda, M., Christiansen, L., Burow, N. M., Gaw, C., & Montori, V. M. (2018). Integrating community-based health promotion programs and primary care: A mixed methods analysis of feasibility. *BMC Health Services Research*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2866-7>
- Lynch, M., & Jones, C. R. (2022). Social prescribing for frequent attenders in primary care: An economic analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 902199. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902199>
- Machado-Becker, R., Schülter Buss Heidemann, I. T., & Kuntz-Durand, M. (2020). Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível [Health promotion and primary care for people with chronic non-transmissible diseases]. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 41–47. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n1.79305>
- March, S., Jordán Martín, M., Montaner Gomis, I., Benedit Azagra, C. B., Elizalde Soto, L., & Ramos, M. (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC [What are we doing in neighborhoods? Description of health-promoting community activities in primary care: The FrAC Project]. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 267–273. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.009>
- March, S., Ramos, M., Soler, M., Ruiz-Jiménez, J. L., Miller, F., & Domínguez, J. (2011). Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud [Documental review of community health promotion experiences in primary health care]. *Atención Primaria*, 43(6), 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.011>
- March, S., Soler, M., Miller, F., Montaner, I., Pérez Jarauta, M. J., & Ramos, M. (2014). Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España [Variability in the implementation of health-promoting community activities in Spain]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 25–33. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272014000100004>
- March, S., Torres, E., Ramos, M., Ripoll, J., García, A., Bulilete, O., Medina, D., Vidal, C., Cabeza, E., Lull, M., Zabaleta-del-Olmo, E., Aranda, J. M., Sastre, S., & Llobera, J. (2015). Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, S94–S104. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.01.016>
- Martil Marcos, D. M., Calderón García, S., Carmona Sánchez, A., & Brito, P. R. (2019). Efectividad de una intervención enfermera comunitaria en el ámbito escolar para la mejora de hábitos alimentarios, de actividad física y de sueño-descanso [Effectiveness of a community nursing intervention in the school setting to improve eating habits, physical activity and sleep-rest habits]. *Ene*, 13(2), 1322.
- Ministry of Health. (2021). Community action for better health. O how to network to improve living conditions. (Original work published in Spanish). https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
- Ministry of Health. (2022). Recommendations for the design of community health strategies in Primary Care at the regional level. (Original work published in Spanish). https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf
- Mosteiro Miguéns, D. G., Rodríguez Fernández, A., Zapata Cachafeiro, M., Vieito Pérez, N., Represas Carrera, F. J., & Novio Mallón, S. (2024). Community activities in primary care: A literature review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>
- National Health System's Interterritorial Council. (2021). Primary and community care action plan 2022–2023. (Original work published in Spanish). <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1434.pdf>
- Nohra, R. G., & Rothan-Tondeur, M. (2022). A novel empowerment system for patients living with a chronic disease in a precarious context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 601. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010601>
- Pan American Health Organization/World Health Organization. (n.d.). Noncommunicable diseases. <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>
- Pan American Health Organization/World Health Organization. (1978, September 12). Declaration of Alma-Ata. <https://www.paho.org/en/documents/declaration-alma-ata>
- Parkinson, A. M., & Parker, R. (2013). Addressing chronic and complex conditions: What evidence is there regarding the role primary healthcare nurses can play? *Australian Health Review*, 37(5), 588. <https://doi.org/10.1071/AH12019>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th edn.). Wolters Kluwer.
- Rogers, H. L., Pablo Hernando, S., Núñez-Fernández, S., Sanchez, A., Martos, C., Moreno, M., & Grandes, G. (2021). Barriers and facilitators in the

- implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: A qualitative study. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 349–367. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0512>
- Sandhu, S., Lian, T., Drake, C., Moffatt, S., Wildman, J., & Wildman, J. (2022). Intervention components of link worker social prescribing programmes: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3761–e3774. <https://doi.org/10.1111/hsc.14056>
- Stephen, C., McInnes, S., & Halcomb, E. (2018). The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 279–288. <https://doi.org/10.1111/jan.13450>
- Rafferty, A. M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., & Bruyneel, L. (Eds.). (2019). *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545724/>
- Thomson, L. J., Lockyer, B., Camic, P. M., & Chatterjee, H. J. (2018). Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspectives in Public Health*, 138(1), 28–38. <https://doi.org/10.1177/1757913917737563>
- Valls Pérez, B., Calderón Larrañaga, S., March Cerdà, J. C., & Oltra Rodríguez, E. (2018). Formación en salud comunitaria: Retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018 [Training in community health: Challenges, threats and opportunities. SESPAS Report 2018]. *Gaceta Sanitaria*, 32, 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.007>
- Wändell, P. E., De Waard, A.-K. M., Holzmann, M. J., Gornitzki, C., Lionis, C., De Wit, N., Søndergaard, J., Sønderlund, A. L., Kral, N., Seifert, B., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., & Carlsson, A. C. (2018). Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Family Practice*, 35(4), 383–398. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz137>
- World Health Organization & the United Nations Children's Fund. (2020). Operational framework for primary health care: Transforming vision into action; technical series on primary health care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2023). Non communicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (n.d.). Primary care. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

How to cite this article: Miguéns, D. G. M., Cachafeiro, M. Z., Mallón, S. N., Coego, I. L., Pérez, N. V., & Fernández, A. R. (2024). Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study. *Public Health Nursing*, 41, 1144–1153. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>

ARTÍCULO 4

Family Practice, 2025, 42, cmae056
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>
 Health Service Research



Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study

Diego G. Mosteiro-Miguéns^{1,2}, Maruxa Zapata-Cachafeiro^{1,3,4}, Silvia Novío^{1,*},
 Natalia Vieito-Pérez⁵, Tania Alfonso-González⁶, Almudena Rodríguez-Fernández^{1,3,4}

¹Department of Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, C/ San Francisco, s/n, 15782, Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

²Galician Public Healthcare Service, Healthcare Centre of Concepción Arenal, C/ Santiago León de Caracas, 12, 15701, Santiago de Compostela, Spain

³Consortium for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health (CIBER of Epidemiology and Public Health, CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Av/ Monforte de Lemos, 5, 28029, Madrid, Spain

⁴Health Research Institute of Santiago de Compostela (IDIS), C/ Choupana, s/n, Santiago de Compostela, 15706, Santiago de Compostela, Spain

⁵Galician Public Healthcare Service, University Hospital Complex of Santiago de Compostela (CHUS), C/ Choupana, s/n, Santiago de Compostela, 15706, Santiago de Compostela, Spain

⁶Galician Public Healthcare Service, Healthcare Centre of Bertamiráns, C/ Pedregal, 10, 15220, Bertamiráns, Ames, Spain

*Corresponding author. Department of Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine, University of Santiago de Compostela, C/ San Francisco, 15782, Santiago de Compostela, Spain. E-mail: silvia.novio@usc.es

Abstract

Background: Promoting health via a community approach is one of the most effective strategies for reducing the current incidence of chronic diseases. Primary care (PC), through the implementation of community activities (CA), has the potential to achieve this goal. Yet the implementation of CA at health centers is not standardized and is often thanks only to the voluntariness of health professionals.

Objective: To ascertain the knowledge, attitudes, and practices of PC professionals regarding the implementation of CA.

Methods: We carried out a cross-sectional study by circulating a self-administered online questionnaire on CA, across the period December 2022 through June 2023 in Galicia (Spain). All health professionals working in the Galician Health Service PC setting were invited to participate.

Results: A total of 521 health professionals participated in the study. They included all types of PC health professionals (physicians, general and specialist nurses -midwives, pediatrics, family and community, mental health- and social workers), including residents in training. Only 14.8% and 12.5% of professionals correctly identified CAs and social prescription (SPr) interventions, respectively. Furthermore, 93.9% recognized that the development of CA in health centers was deficient. Despite this, 76.5% showed a good attitude toward participation in CA.

Conclusions: PC professionals find it difficult to identify CA and SPr interventions. Therefore, it is necessary to improve the training of these professionals in the implementation of CA with a view to enhancing population health, reducing the incidence of chronic diseases, and helping lessen the healthcare burden of the health system.

Keywords: attitude; community activities; healthy lifestyle; health promotion; knowledge; primary health care

Introduction

Unhealthy lifestyles and the increase in life expectancy contribute to the rise in chronic diseases, such as cardiovascular, oncologic, and respiratory diseases, and diabetes [1]. These diseases are related to 74% of total deaths worldwide [2] and are the leading cause of disability-adjusted life years [3]. Furthermore, they generate a high use of health resources, which is a top-priority concern for health authorities around the world [4].

Health promotion from the community setting is proposed as constituting one of the most effective approaches for improving population health and reversing the growing incidence of chronic diseases [5–7]. In terms of healthcare levels, primary care (PC) has the potential to achieve this goal, given its proximity to the community and its function as a gateway to the health system. Moreover, this healthcare level acts as an axis and pivotal point

between health professionals, families, and community agents, thereby rendering it the sphere of reference for carrying out health promotion actions that empower the population through the implementation of community activities (CA) [8].

CA are defined as “all those intervention and participation activities that are carried out with groups that have common characteristics, needs or interests, and are aimed at promoting health, increasing quality of life and social well-being, enhancing the capacity of individuals and groups to address their own problems, demands or needs” [9]. CA not only address health needs but also take into account the social determinants that exert an influence on the community [10, 11], and involve the population in its own self-care process. Previous studies suggest that CA are effective for improving different aspects of the health of participants, including glycemic

© The Author(s) 2024. Published by Oxford University Press.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs licence (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial reproduction and distribution of the work, in any medium, provided the original work is not altered or transformed in any way, and that the work is properly cited. For commercial re-use, please contact reprints@oup.com for reprints and translation rights for reprints. All other permissions can be obtained through our RightsLink service via the Permissions link on the article page on our site—for further information please contact journals.permissions@oup.com.



Key messages

- Professionals' knowledge of community activities (CA) in primary care is low.
- Implementation of CA at health centers is insufficient.
- Primary care professionals committed to the development of CA.

control of diabetes patients, sedentarism, dietary habits, cognitive performance or mental health, participants' quality of life, and self-esteem, among other things [12]. In addition, by introducing actions such as social prescribing (SPr), in which PC health professionals offer patients non-clinical resources (community assets) to improve bio-psychosocial aspects, without resorting to drug use, has yielded a range of health benefits [13]. Despite the abovementioned evidence, and the recommendations of international organizations [14], the implementation of CA at health centers is scarce, is not standardized, and in many cases is thanks only to the voluntariness of health professionals [15].

Given the potential benefit of CA in the preventive and therapeutic approach to chronic diseases in the community, it is essential that PC professionals are trained to carry out these types of activities. The aim of this study was thus to ascertain PC professionals' knowledge, attitudes, and practice with regard to the implementation of CA.

Methods

Study design

We carried out a descriptive cross-sectional study.

Study setting and participants

The study was conducted in public primary health centers of the Galician Autonomous Region, situated in the north of Spain. In Galicia, the public health system (SERGAS -Galician Health Service-) is the one most used by the population, with citizens showing minimal preference for private health providers [16]. SERGAS is structured in two healthcare levels, i.e. PC and specialized care, being the health care articulated around PC through its 463 health centers [17].

All health professionals (physicians, general nurses, specialist nurses [midwives, pediatrics, family and community, mental health], health professionals in specialized health training [Internal Medical Resident, Internal Nurse Resident], and social workers) of full legal age and of any gender who performed their healthcare duties in the SERGAS PC setting were invited to participate in the study. In terms of sample size at the date of the study, the study population comprised 5427 health professionals [18].

Data collection

The data were collected by means of a self-administered online questionnaire. This was an anonymous questionnaire that took 10 minutes to read and complete. The link to the questionnaire was distributed via official e-mails from SERGAS PC professionals and messaging networks. It remained active from December 2022 through June 2023. To achieve the highest response rate, three reminders were sent out in February, April, and June during the period in which the questionnaire was available for completion. Data collection ended when 10 consecutive days had elapsed without new answers to the questionnaire being obtained.

Questionnaire

The questionnaire was drawn up by researchers, based on a review of the scientific literature [19–21]. To evaluate the clarity and comprehensibility of the items, a pilot study was conducted with 10 participants who did not form part of the main study. Since the results of the pilot test indicated good comprehension of all questions, only minimal changes were made after the test.

The questionnaire was made up of 34 compulsory questions distributed into 4 sections (Supplementary Material 1). Based on the KAP (knowledge, attitude, practice) explanatory model for health behavior [22], we assessed: (i) knowledge of and about CA, (ii) attitudes to the implementation of CA, and (iii) practice with CA. A fourth socio-demographic and occupational section was also included. All the sections included closed questions, with the single exception of attitudes which included questions scored on a Likert scale with 5 response options (ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree).

Data analysis

Maintaining the expected frequency of all the variables at 50%, the desired sample size using a 95% confidence interval was 436. When a non-response or low completion rate of 15% was taken into account; however, the final expected sample size was estimated to be 502 health professionals.

The results were expressed as frequency and percentage distribution in the case of categorical variables, and as mean, median, deviation, and interquartile range in the case of quantitative variables. Normality was tested using numerical tests (asymmetry coefficient; kurtosis; the relation between mean, median, and mode; Kolmogorov–Smirnov test) and graphs (Q–Q graph).

Categorical variables were analyzed using the chi-square test. All statistical analyses were performed using the IBM SPSS Statistics (version 27) software program, with 0.05 set as the significance level.

Ethical considerations

The study protocol was approved by the Santiago-Lugo Research Ethics Committee (2022/277) on 20 July 2022. All participants were informed about the designated objectives and purposes of the study, voluntariness when it came to answering the questionnaire, and the identity of the researchers in charge of the study. Data confidentiality was guaranteed in accordance with the Helsinki Declaration and Spanish laws.

Results

Description of sample (Q29-34)

A total of 521 SERGAS PC professionals participated in the study. The response rate was 9.6%. Table 1 shows the sociodemographic and occupational characteristics. The sample consisted mainly of women (82.9%), mean age of 44.7 years. Most of the participants were general nurses (39%), primary

Community activities of primary care professionals

Table 1. Main sociodemographic and occupational characteristics of primary care professionals ($n = 521$) belonging to the Galician health service.

Item	$n = 521$
Age (years), M (SD) and Med (IQR)	44.67 (12.8) 46 (33–55)
Experience in Primary Health Care (years), M (SD), and Med (IQR)	10.95 (11.7) 5 (2–17)
Sex, n (%)	
Female	432 (82.9)
Male	89 (17.1)
Profession, n (%)	
Resident Nurse Intern	28 (5.4)
General Nurse	203 (39.0)
Family and Community Nurse Specialist	50 (9.6)
Paediatric Nurse Specialist	11 (2.1)
Obstetric-Gynaecological Nurse Specialist (Midwifery)	19 (3.6)
Mental Health Nurse Specialist	1 (0.2)
Primary Care Physician	112 (21.5)
Resident Medical Intern	38 (7.3)
Primary Care Physician	11 (2.1)
Other	48 (9.2)
Health Areas, n (%)	
Coruña y Cee	54 (10.4)
Ferrol	55 (10.6)
Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos	131 (25.1)
Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras	23 (4.4)
Pontevedra y O Salnés	43 (8.3)
Santiago de Compostela y Barbanza	205 (39.3)
Vigo	8 (1.5)
Other	2 (0.4)
Place of Work, n (%)	
Rural Area	182 (34.9)
Urban Area	244 (46.8)
DK/NO	95 (18.2)

M, mean; SD, standard deviation; Med, Median; IQR, interquartile range; DK/NO, do not know/no opinion.

care physicians (21.5%), and specialist Family and Community nurses (9.6%), with a mean PC experience of 10.9 years.

Knowledge of CA (Q1-Q9)

Table 2 and Supplementary Table S1 (Supplementary Material 2) show the data relating to health professionals' knowledge about CA. Most of the participants (76.4%) knew the definition of CA (Q3), were aware of the positive health impact of these interventions (80%) (Q4), and could identify the ideal sites for implementing them (72.6%) (Q5). Furthermore, while more than half (53.9%) knew that CA were not the same as health promotion activities (Q6), only 14.8% were able to correctly identify the proposed example of CA (Q2), and under one third (32.6%) of those surveyed reported knowing what social prescribing (SPr) entailed (Q7); of these,

only 12.5% correctly identified the example of SPr cited (Q8). Likewise, less than one third of those surveyed (30.7%) reported knowing the available health assets in their work area (Q9).

Significant differences were found according to the training in CA and the profession received during the previous 4 years (Table 2). Specifically, health professionals who had received CA training in the preceding 4 years displayed better knowledge of CA than those who had not received such training ($P < .001$), except in terms of the ability to identify an example of CA (Q2), for which no significant differences were found. With respect to professional activity, Family and Community Nursing was the profession with the best knowledge of CA ($P = .001$), though once again no significant differences were found between the different professional groups when it came to identifying a concrete example of CA (Q2).

Attitudes toward CA (Q10-Q20)

Table 3 and Supplementary Table S2 (Supplementary Material 2) show the data relating to participants' attitudes toward the implementation of CA. Most of the participants were receptive to participating in CA proposed by their fellow team members (82.3%) (Q15) or the department management (70.8%) (Q16). Similarly, over 90% of participants considered that CA could improve the approach to chronic diseases such as hypertension, depression, and obesity (Q17). In addition, they felt that the effectiveness of such interventions had to be audited (91.7%) (Q13), and suggested that satisfaction surveys be performed (91.3%) (Q14) as an appropriate means of assessment.

A total of 83.5% of participants considered PC to be the healthcare setting of reference for carrying out CA (Q11), though around a quarter of the sample (25.4%) felt that training was needed to ensure successful implementation (Q12). Moreover, close to 70% believed that the PC-based community approach was not sufficiently developed (Q10) and was instead dependent on the voluntariness of health professionals (Q19). In this respect, the great majority (93.5%) felt that the dissemination of CA had to be boosted to highlight their relevance and foster citizen participation (Q20). Similarly, the majority (84.5%) viewed the figure of a professional contact point at health centers as a tool that could facilitate the standardization of such interventions (Q18).

Significant differences were found by reference to the training in CA and the profession received during the previous 4 years (Table 3). Health professionals who had undergone CA training displayed a more positive attitude toward CA, with significant differences being found for all items, except the potential usefulness of satisfaction surveys as an assessment tool ($P = .086$) (Q14) and the utility of implementing CA for the purpose of addressing chronic diseases ($P = 0.101$) (Q17). In terms of professional profiles, it should be noted that specialist nurses displayed the most positive attitudes toward CA, not only because they felt that they possessed the necessary training for conducting CA (Q12) but also because of their greater willingness to participate in the implementation of such activities (over 90%) (Q15 and Q16).

Practice related with CA implementation (Q21-Q28)

Table 4 and Supplementary Table S3 (Supplementary Material 2) show the data relating to health professionals' practice in relation with CA. Most of those surveyed

Table 2. Knowledge about CA of primary care professionals (*n* = 521) belonging to the Galician health service. Only the correct answers are shown. Complete information for all questions and answer options can be found in [Supplementary Material 2](#). The answers were compared according to the training received and the professional category. Statistical significance (*P* < .05) was determined by chi-square test.

Knowledge of CA	Total N = 521; n (%)		Professional category										P value		
	Yes	No	GN	PCP	RM	OGNS	FCNS	PNS	MHNS	RNI	SW	Other			
Q1. General knowledge of CA															
a. Yes	433 (83.1)	119 (98.3)	314 (78.5)	<.001	154 (75.9)	98 (87.5)	32 (84.2)	19 (100)	50 (100)	8 (72.7)	1 (100)	26 (92.9)	9 (81.8)	36 (75.0)	.001
Q2. Correct identification of CA															
c. Group sessions on healthy eating, requested by overweight residents of the neighborhood, ...	397 (76.2)	23 (19)	54 (13.5)	.135	29 (14.3)	22 (19.6)	5 (13.2)	3 (15.8)	8 (16.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	2 (7.1)	2 (18.2)	5 (10.4)	.845
Q3. Correct definition of CA															
b. That activity of intervention and participation that is carried out with groups that present common characteristics, needs ...	398 (76.4)	116 (95.9)	282 (70.5)	<.001	141 (69.5)	89 (79.5)	31 (81.6)	16 (84.2)	49 (98.0)	7 (63.6)	1 (100)	24 (85.7)	8 (72.7)	32 (66.7)	<.001
Q4. CA can have a positive impact on participants' health															
a. Yes	417 (80)	119 (98.3)	298 (74.5)	<.001	144 (70.9)	96 (85.7)	32 (84.2)	19 (100)	50 (100)	8 (72.7)	1 (100)	25 (89.3)	9 (81.8)	33 (68.8)	.002
Q5. Place where a CA could be carried out:															
a. The school	412 (79.1)	111 (91.7)	267 (66.8)	<.001	130 (64.0)	89 (79.5)	29 (76.3)	16 (84.2)	46 (92.0)	8 (72.7)	1 (100)	22 (78.6)	9 (81.8)	28 (58.3)	.001
b. A socio-cultural center for the elderly	415 (79.7)														
c. A health center	389 (74.7)														
Q6. CA and "Health Promotion Activity" are synonymous?															
b. No	281 (53.9)	90 (74.4)	191 (47.8)	<.001	90 (40.3)	66 (58.9)	19 (50.0)	14 (73.7)	40 (80.0)	8 (72.7)	1 (100)	14 (50.0)	8 (72.7)	21 (43.8)	.001
Q7. General knowledge of SPR															
a. Yes	170 (32.6)	69 (57)	101 (25.3)	<.001	51 (25.1)	41 (36.6)	11 (28.9)	6 (31.6)	29 (58.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	13 (46.4)	6 (54.5)	12 (25.0)	<.001

Table 2. Continued

Knowledge of CA	Training received on CA in the last 4 years		Professional category										P value	
	Yes	No	GN	PCP	RM	OGNS	FCNS	PNNS	MHNS	RNI	SW	Other		
Total N = 521; n (%)														
Q8. Correct identification of SP ¹ : a. Overweight patient (BMI 28) who attends the nursing consultation to lose weight, and is referred to weekly sessions ...	33 (27.3)	32 (8.0)	<.001	15 (7.4)	18 (16.1)	3 (7.9)	1 (5.3)	16 (32)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (25)	2 (18)	3 (6.3)	<.001
Q9. General knowledge of community assets available in the basic health area: a. Yes	62 (51.2)	98 (24.5)	<.001	56 (27.6)	32 (28.6)	10 (26.3)	6 (31.6)	22 (44.0)	4 (36.4)	1 (100)	13 (46.4)	8 (72.7)	8 (16.7)	.033

CA, Community Activity; GN, General Nurse; PCP, Primary Care Physician; RMI, Resident Medical Intern; OGNS, Obstetric-Gynaecological Nurse Specialist; FCNS, Family and Community Nurse Specialist; PNNS, Paediatric Nurse Specialist; MHNS, Mental Health Nurse Intern; SW, Social Worker; Q, Question; SP, Social Prescription; BMI, Body Mass Index.
¹Item formulated as a multiple-choice question with only one correct answer; only 77 (14.8%) participants selected the correct answer.
²Item formulated as a multiple-choice question, considered correct only when the participant answered: the school, a socio-cultural center for the elderly, and a health center; answered by 378 (72.6%) participants.
³Item formulated as a multiple-choice question with only one correct answer; only 65 (12.5%) participants selected the correct answer.

(93.9%) said that PC-based implementation of CA was negligible (Q26), was not standardized (77.5%) (Q25), and did not enjoy the necessary support of the authorities for the purpose of enabling them to be carried out (74.3%) (Q28). Although only 34.9% of the professionals stated that they had participated in a CA in the last four years (Q27), the majority of professionals with specific training (71.9%) did so, with Family and Community Nursing being the professional profile that participated most in CA (74%). In this regard, 88.5% of participants considered that Family and Community nurses should head up the implementation of these types of interventions (Q21).

Furthermore, only 23.2% had received CA-specific training in the preceding 4 years (Q22). Nonetheless, most of the health professionals (90.6%) stated that they would be willing to undergo further training (Q23) to enhance their knowledge of the topic (73.7%), participate in the implementation of CA (53.9%), and even head up such interventions (23.8%) (Q24).

Once again, significant differences were found by reference to the training in CA and the profession received during the previous 4 years (Table 4). In terms of professional activity, the only case in which no significant differences were found between the various professional profiles was participants' expressed willingness to undergo specific training in CA, if the opportunity arose (Q23).

Discussion

To our knowledge, this is the first study to analyze the knowledge, attitudes, and practices of PC professionals regarding CA. The results of this study provide evidence of health professionals' lack of knowledge of CA, SP, and health assets. Although health professionals show a good attitude toward these activities being carried out, at a practical level the implementation of such interventions at health centers was shown to be negligible. Specific training of professionals in CA could contribute to improving the implementation of these interventions in PC.

Approximately 20% of all-cause deaths are attributed to modifiable risk factors [23], hence the importance of the promotion of a healthy lifestyle and the creation of appropriate settings that serve to lessen the disease burden in society [24]. One of the approaches for achieving these goals is through the implementation of CA, thanks to their health benefits—physical as well as psychological and social—[12] as reported by the PC health professionals in this study. These same health professionals also cited the PC setting as being ideal for carrying out CA. This reinforces the role played by PC as an axis and pivotal point between the community and the health system [25], boosting the health benefits of the populations that it serves [26].

Despite the advances made by research on health promotion in the PC setting, there are limitations to the implementation of CA in clinical practice [27]. This could account for the negligible implementation of CA, as well as the widespread lack of knowledge of available health assets in the study participants' area of work. In turn, this could be related to the negligible support received by health professionals from the authorities for the purpose of enabling CA to be implemented at health centers.



Table 3. Most frequent attitudes toward CA of primary care professionals (n = 521) belonging to the Galician health service. Complete information for all answer options and questions can be found in [Supplementary Material 2](#). The answers were compared according to the training received and the professional category. Statistical significance (P < .05) was determined by chi-square test.

Attitudes Toward CA	Training received on CA in the last 4 years		Professional category										P value	
	Yes	No	P value	GN	PCP	RMI	OGNS	FCNS	PNS	MHNS	RNI	SW		Other
Q10. The community approach carried out by PC in their health area is sufficient														
1. Strongly disagree	183 (35.1)	132 (33)	.013	66 (32.5)	47 (42.0)	9 (23.7)	4 (21.1)	24 (48.0)	4 (36.4)	0 (0.0)	9 (32.1)	2 (18.2)	18 (37.5)	.108
2. Disagree	200 (38.4)	165 (41.3)		82 (40.4)	44 (39.3)	13 (34.2)	9 (47.4)	16 (32.0)	3 (27.3)	1 (100)	11 (39.3)	5 (45.5)	16 (33.3)	
Q11. PC should be the reference healthcare setting for the implementation of CA														
4. Agree	137 (26.3)	110 (27.5)	.018	54 (26.6)	32 (28.6)	12 (31.6)	3 (15.8)	11 (22.0)	5 (45.5)	1 (100)	5 (17.9)	3 (27.3)	11 (22.9)	.310
5. Strongly agree	298 (57.2)	214 (53.5)		111 (54.7)	56 (50.0)	20 (52.6)	15 (78.9)	38 (76.0)	6 (54.5)	0 (0.0)	20 (71.4)	7 (63.6)	25 (52.1)	
Q12. You have the necessary training to carry out CA successfully														
1. Strongly disagree	99 (19.0)	93 (23.3)	<.001	48 (23.6)	24 (21.4)	5 (13.2)	0 (0.0)	1 (2.0)	3 (27.3)	0 (0.0)	2 (7.1)	1 (9.1)	15 (31.3)	<.001
2. Disagree	130 (25.0)	113 (28.2)		62 (30.5)	33 (29.5)	11 (28.9)	2 (10.5)	3 (6.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	5 (17.9)	1 (9.1)	12 (25.0)	
Q13. CA should be evaluated														
4. Agree	124 (23.8)	104 (26.0)	.034	52 (25.6)	29 (25.9)	9 (23.7)	3 (15.8)	5 (10.0)	1 (9.1)	1 (100)	7 (25.0)	3 (27.3)	14 (29.2)	.516
5. Strongly agree	354 (67.9)	258 (64.5)		128 (63.1)	78 (69.6)	23 (60.5)	15 (78.9)	43 (86.0)	10 (90.9)	0 (0.0)	21 (75.0)	7 (63.6)	29 (60.4)	
Q14. Satisfaction surveys are useful for evaluating CA														
4. Agree	134 (25.7)	111 (27.8)	.086	56 (27.6)	33 (29.5)	11 (28.9)	3 (15.8)	11 (22.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	7 (25.0)	2 (18.2)	10 (20.8)	.291
5. Strongly agree	342 (65.6)	250 (62.5)		121 (59.6)	73 (65.2)	22 (57.9)	15 (78.9)	37 (74.0)	10 (90.9)	0 (0.0)	21 (75.0)	9 (81.8)	34 (70.8)	
You would participate in the development of a CA ...														
Q15. ... if proposed by your colleagues in the PC team														
4. Agree	134 (25.7)	114 (28.5)	<.001	56 (27.6)	41 (36.6)	10 (26.3)	5 (26.3)	5 (10.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	6 (21.4)	2 (18.2)	8 (16.7)	<.001
5. Strongly agree	295 (56.6)	203 (50.7)		101 (49.8)	48 (42.9)	26 (68.4)	13 (68.4)	44 (88.0)	9 (81.8)	0 (0.0)	22 (78.6)	7 (63.6)	25 (52.1)	
Q16. ... if you were asked to do so by the management of the PC service														
4. Agree	133 (25.5)	104 (26.0)	<.001	49 (24.1)	35 (31.3)	12 (31.6)	5 (26.3)	11 (22.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	9 (32.1)	3 (27.3)	8 (16.7)	.003
5. Strongly agree	236 (45.3)	159 (39.8)		76 (37.4)	38 (33.9)	23 (60.5)	11 (57.9)	35 (70.0)	6 (54.5)	0 (0.0)	17 (60.7)	5 (45.5)	25 (52.1)	
Q17. The development of CA can improve chronic pathologies such as hypertension, depression or obesity														
4. Agree	131 (25.1)	111 (27.8)	.101	54 (26.6)	33 (29.5)	11 (28.9)	3 (15.8)	7 (14.0)	0 (0.0)	1 (100)	5 (17.9)	4 (36.4)	13 (27.1)	.065
5. Strongly agree	349 (67.0)	256 (64.0)		127 (62.6)	74 (66.1)	24 (63.2)	16 (84.2)	41 (82.0)	11 (100)	0 (0.0)	22 (78.6)	7 (63.6)	27 (56.3)	
Q18. A reference professional in CA in health centers would facilitate the standardization and participation														
4. Agree	155 (29.8)	127 (31.8)	.018	65 (32.0)	34 (30.4)	16 (42.1)	5 (26.3)	13 (26.0)	0 (0.0)	1 (100)	7 (25.0)	5 (45.5)	9 (18.8)	.183
5. Strongly agree	285 (54.7)	204 (51.0)		107 (52.7)	58 (51.8)	19 (50.0)	9 (47.4)	30 (60.0)	10 (90.9)	0 (0.0)	19 (67.9)	6 (54.5)	27 (56.3)	

Table 3. Continued

Attitudes Toward CA	Total N = 521; n (%)		Professional category										P value		
	Yes	No	PCP	GN	FCNS	OGNS	RMI	PNS	MHNS	RNI	SW	Other			
Q19. The development of CA in the field of PC arises from the voluntarism of the professionals															
4. Agree	146 (28.0)	111 (27.8)	35 (27.6)	31 (27.7)	15 (39.5)	4 (21.1)	13 (26.0)	3 (27.3)	0 (0.0)	5 (17.9)	3 (27.3)	16 (33.3)	.001		
5. Strongly agree	219 (42.0)	155 (38.8)	64 (36.0)	58 (51.8)	13 (34.2)	10 (52.6)	30 (60.0)	4 (36.4)	0 (0.0)	17 (60.7)	1 (9.1)	13 (27.1)			
Q20. It is necessary to increase the dissemination of the CA															
4. Agree	138 (26.5)	15 (12.4)	123 (30.8)	.001	62 (30.5)	36 (32.1)	9 (23.7)	4 (21.1)	7 (14.0)	1 (9.1)	1 (100)	5 (17.9)	3 (27.3)	10 (20.8)	.162
5. Strongly agree	349 (67.0)	100 (82.6)	249 (62.3)		128 (63.1)	68 (60.7)	26 (68.4)	15 (78.9)	43 (86.0)	10 (90.9)	0 (0.0)	22 (78.6)	7 (63.6)	30 (62.5)	

CA, Community Activity; GN, General Nurse; PCP, Primary Care Physician; RMI, Resident Medical Intern; OGNS, Obstetric-Gynaecological Nurse Specialist; FCNS, Family and Community Nurse Specialist; PNS, Paediatric Nurse Specialist; MHNS, Mental Health Nurse Specialist; RNI, Resident Nurse Intern; SW, Social Worker; Q, Question; PC, Primary Care.

The lack of knowledge observed in terms of SP_r and community assets could be due to the negligible implementation of SP_r in the study area. In order for SP_r to be undertaken, the area's health resources or assets must be previously identified [28]. For this to be feasible, PC must be strengthened and health professionals' capacity to familiarize themselves with this resource must be enhanced [29]. In this respect, the fact that SP_r can be integrated into the PC infrastructure facilitates the exchange of information and improves the service's response capacity, thereby achieving better health outcomes. Moreover, the use of community assets strengthens PC and serves to improve the population's healthy behaviors, underscoring the need to make health assets more visible as a resource, boost these assets, and integrate them into routine medical practice [30, 31].

The low success rate shown by the health professionals in our study in terms of identifying concrete CA could be due to the interpretation of the term "CA" as any action related to health promotion, ignoring fundamental aspects such as the empowerment and active participation of the community [32]. This approach could reduce the potential benefit of CA, by not actively involving the population in decision making about their health, or by drawing up unidirectional health programs that do not envisage the community's specific needs and contexts [33, 34].

The PC health professionals in our study are aware of the difficulties posed by CA when it comes to implementing such activities at health centers. Ranking high among these difficulties is the lack of institutional involvement and commitment, voluntariness when it comes to carrying out CA, the absence of formal evaluation systems, and the low level of self-reported knowledge. Understanding the current limitations facing PC-based implementation of CA is the first step toward improving such implementation [35] and boosting PC as a health promoter in terms of addressing chronic diseases in the community [36].

According to the results of our study, PC professionals with CA-specific training, such as specialists in Family and Community Nursing, display the best knowledge. Accordingly, these health professionals could be recognized as contact points in the implementation of these types of activities. This could improve the dissemination and standardization of CA, through the design of CA in which active participation in the community would be encouraged [37], with the ensuing positive impact on population health [38].

A noteworthy positive aspect of this study is health professionals' ready willingness to participate and undergo further CA training. This, together with institutional involvement [15] is a fundamental factor for PC-based implementation of CA [39]. Based on this, it could be useful to organize CA training activities for health professionals, create a register to foster the dissemination of such activities, and promote specific timetables targeted at a community approach, all of which would maximize the capabilities of health professionals in CA. This would serve to reduce voluntariness for these types of interventions and facilitate their standardization.

By way of strengths, this is the first study to furnish information on the implementation of CA in the SERGAS PC setting. In addition, the study sample included all categories of PC professionals involved in the implementation of CA, something that provides a multidisciplinary and realistic view of the study topic. Bearing in mind the transcendental role played by PC professionals in carrying out these types of

Table 4. Main results on the practice related to CA development of primary care professionals (n = 521) belonging to the Galician health service. Complete information for all answer options and questions can be found in [Supplementary Material 2](#). The answers were compared according to the training received and professional category. Statistical significance (P < .05) was determined by chi-square test.

Practice related to CA	Total N = 521; n (%)		Professional category										P value	
	Yes	No	GN	PCP	RMI	OGNS	FCNS	PNS	MHNS	RNI	SW	Other		
Q21. Professional who should lead the development of CA														
a. RNI	159 (30.5)	110 (25.7)	.007	54 (26.6)	39 (34.8)	18 (47.4)	0 (0.0)	22 (44.0)	5 (45.5)	0 (0.0)	16 (57.1)	1 (9.1)	4 (8.3)	<.001
b. GN	257 (49.3)	195 (48.8)	.631	126 (62.1)	49 (43.8)	17 (44.7)	3 (15.8)	29 (58.0)	7 (63.6)	1 (100)	13 (46.4)	1 (9.1)	11 (22.9)	<.001
c. FCNS	461 (88.5)	349 (87.3)	.109	182 (89.7)	101 (90.2)	35 (92.1)	12 (63.2)	50 (100)	10 (90.9)	1 (100)	28 (100)	7 (63.6)	35 (72.9)	<.001
d. PNS	236 (45.3)	178 (44.5)	.506	93 (45.8)	55 (49.1)	18 (47.4)	7 (36.8)	28 (56.0)	8 (72.7)	0 (0.0)	14 (50.0)	1 (9.1)	12 (25.0)	.009
e. OGNS	229 (44)	172 (43.0)	.425	90 (44.3)	50 (44.6)	16 (42.1)	15 (78.9)	27 (54.0)	8 (72.7)	0 (0.0)	12 (42.9)	1 (9.1)	10 (20.8)	<.001
f. MHNS	218 (41.8)	165 (41.3)	.618	81 (39.9)	53 (47.3)	15 (39.5)	7 (36.8)	26 (52.0)	8 (72.7)	0 (0.0)	12 (42.9)	2 (18.2)	14 (29.2)	.095
g. PCP	263 (50.5)	194 (48.5)	.100	89 (43.8)	83 (74.1)	34 (89.5)	2 (10.5)	23 (46.0)	3 (27.3)	0 (0.0)	11 (39.3)	1 (9.1)	17 (35.4)	<.001
h. RMI	153 (29.4)	106 (26.5)	.009	48 (23.6)	44 (39.3)	24 (63.2)	1 (5.3)	20 (40.0)	2 (18.2)	0 (0.0)	10 (35.7)	1 (9.1)	3 (6.3)	<.001
i. SW	254 (48.8)	188 (47.0)	.146	83 (40.9)	67 (59.8)	24 (63.2)	5 (26.3)	21 (42.0)	7 (63.6)	0 (0.0)	12 (42.9)	10 (90.9)	25 (52.1)	.001
j. Other	56 (10.7)	50 (12.5)	.019	26 (12.8)	7 (6.3)	1 (2.6)	0 (0.0)	5 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (7.1)	1 (9.1)	14 (29.2)	.001
Q22. Training on the implementation of CA in the last 4 years														
a. Yes	121 (23.2)	---	---	22 (10.8)	27 (24.1)	16 (42.1)	3 (15.8)	30 (60.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	15 (53.6)	3 (27.3)	4 (8.3)	<.001
Q23. Interest in receiving training on CA														
a. Yes	472 (90.6)	113 (93.4)	.230	182 (89.7)	95 (84.8)	36 (94.7)	19 (100)	49 (98.0)	11 (100)	1 (100)	26 (92.9)	10 (90.9)	43 (89.6)	.212
Q24. Main reason to receive training on CA:														
c. You would like to increase your knowledge in this field	384 (73.7)	85 (70.2)	.074	164 (80.8)	70 (62.5)	23 (60.5)	14 (73.7)	40 (80.0)	9 (81.8)	1 (100)	21 (75.0)	7 (63.6)	35 (72.9)	.012
Q25. The development of CA in PC is standardized:														
b. No	404 (77.5)	110 (90.9)	<.001	135 (66.5)	94 (83.9)	32 (84.2)	17 (89.5)	48 (96.0)	11 (100)	0 (0.0)	24 (85.7)	10 (90.9)	33 (68.8)	<.001
Q26. The development of CA in health centers is deficient:														
a. Yes	489 (93.9)	120 (99.2)	.006	184 (90.6)	111 (99.1)	37 (97.4)	19 (100)	50 (100)	11 (100)	1 (100)	28 (100)	11 (100)	37 (77.1)	<.001
Q27. Participation in CA in the PC setting recently:														
b. No	321 (61.6)	34 (28.1)	<.001	151 (74.4)	76 (67.9)	19 (50.0)	5 (26.3)	13 (26.0)	5 (45.5)	0 (0.0)	9 (32.1)	9 (81.8)	34 (70.8)	<.001
Q28. Administrative support to facilitate the development of CA:														
b. No	387 (74.3)	90 (74.4)	.001	141 (69.5)	96 (85.7)	30 (78.9)	13 (68.4)	37 (74.0)	7 (63.6)	1 (100)	22 (78.6)	10 (90.9)	30 (62.5)	.007

CA, Community Activity; GN, General Nurse; PCP, Primary Care Physician; RMI, Resident Medical Intern; OGNS, Obstetric-Gynaecological Nurse Specialist; FCNS, Family and Community Nurse Specialist; PNS, Paediatric Nurse Specialist; MHNS, Mental Health Nurse Specialist; RNI, Resident Nurse Intern; SW, Social Worker; Q, Question; PC, Primary Care.

*(Q24): calculations made in relation to participants who would be willing to undertake CA training (n = 472).



interventions, this study reveals the key factors that can influence the effective implementation of CA in PC and highlights the factors that would have to be improved for effective CA to be developed in PC, furnishing the necessary information for introducing policies that would improve a PC-based community approach [8].

This study has some limitations. The fact that there was no fully validated questionnaire could have allowed for information bias. However, a pilot study was conducted with 10 volunteers to evaluate the clarity and comprehensibility of the items. In addition, there is the possibility of participation bias, in that the participants who were most motivated or interested in the topic might have been the very ones who completed the questionnaire.

Conclusion

PC professionals with specific training in CA have better results in terms of knowledge, attitudes, and practices for the development of CA in PC. Considering the effectiveness of CA in terms of improving the quality of life of patients with chronic diseases and the important role of PC professionals as health promotion agents in the community, the training of these professionals should be promoted and improved to foster the development of community-based programs aimed at reducing the global epidemic of chronic diseases.

Acknowledgments

We would like to thank all the participants who gave their time and effort to complete the questionnaire used in this study. Without their valuable collaboration, this work would not have been possible.

Supplementary material

Supplementary material is available at *Family Practice* online.

Conflict of interest

All authors declare no competing interests.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Ethical approval

This study was approved by the Research Ethics Committee of Santiago-Lugo (registration code 2022/277).

Data availability

Data cannot be shared for ethical/privacy reasons.

References

1. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl* 2018;392:1736-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
2. Non communicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (28 February 2024, data last accessed).
3. Leading causes of death, and disability - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/enlace/leading-causes-death-and-disability> (28 February 2024, data last accessed).
4. Global Burden of Disease (GBD). <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd> (28 February 2024, data last accessed).
5. Allen LN, Nicholson BD, Yeung BYT, *et al*. Implementation of non-communicable disease policies: a geopolitical analysis of 151 countries. *Lancet Glob Health* 2020;8:e50-8. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30446-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30446-2)
6. Fisher B, Chanan G. Social action for health gain: the potential of community development. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2015;65:97-8. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683641>
7. Nickel S, von dem Knesebeck O. Effectiveness of community-based health promotion interventions in urban areas: a systematic review. *J Community Health* 2020;45:419-34. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00733-7>
8. Declaration of Alma Ata (1978) International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12.
9. March S, Ramos M, Soler M, *et al*; grupo de investigación PACAP. Documental review of community health promotion experiences in primary health care. *Aten Primaria* 2011;43:289-96. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.011>
10. Moreno-Juste A, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, *et al*. Multimorbidity, social determinants and intersectionality in chronic patients. Results from the EpiChron Cohort. *J Glob Health* 2023;13:04014. <https://doi.org/10.7189/13.04014>
11. Social Determinants of Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health> (28 February 2024, data last accessed).
12. Mosteiro Miguéns DG, Rodríguez Fernández A, Zapata Cachafeiro M, *et al*. Community activities in primary care: a literature review. *J Prim Care Community Health* 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>
13. Husk K, Elston J, Gradinger F, *et al*. Social prescribing: where is the evidence? *Br J Gen Pract* 2019;69:6-7. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700325>
14. Organization WH, Fund (UNICEF) UNC. *Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action*. World Health Organization, 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (16 June 2024, data last accessed).
15. March S, Soler M, Miller F, *et al*; grupo de investigación del PACAP. Variability in the implementation of health-promoting community activities in Spain. *An Sist Sanit Navar* 2014;37:25-33. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272014000100004>
16. Cobertura sanitaria. INE. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=47935&L=0> (29 February 2024, data last accessed).
17. Ministerio de Sanidad - Health data - Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma. <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm> (16 June 2024, data last accessed).
18. Consulta Interactiva del SNS. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/profesionales/equipos-de-atencion-primaria-eap> (28 February 2024, data last accessed).
19. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, *et al*. Community activities in primary care in Spain. An analysis based on the network of the Program of Community Activities (PACAP). *Aten Primaria* 2002;29:26-32. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70495-2](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70495-2)

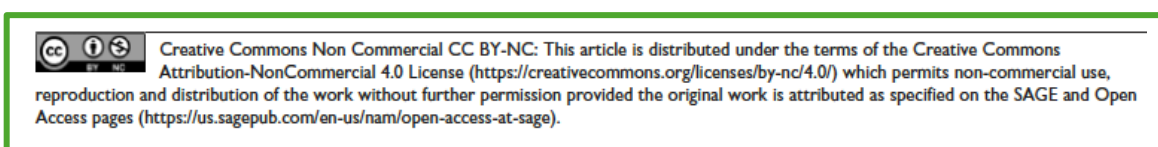
20. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S, *et al.* Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag* 2021;35:349–67. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0512>
21. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, *et al.* Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014;9:e89554. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>
22. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596176> (18 September 2024, data last accessed).
23. Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, *et al.* Global Cardiovascular Risk Consortium. Global effect of modifiable risk factors on cardiovascular disease and mortality. *N Engl J Med* 2023;389:1273–85. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206916>
24. Verloigne M, Altenburg T, Cardon G, *et al.* Making co-creation a trustworthy methodology for closing the implementation gap between knowledge and action in health promotion: the Health CASCADE project. *Perspect Public Health* 2023;143:196–8. <https://doi.org/10.1177/17579139221136718>
25. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, *et al.* Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2023;23:750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
26. Hone T, Been JV, Saraceni V, *et al.* Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet Reg Health Am* 2023;22:100519. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100519>
27. Bolibar Ribas B, Llobera-Cánaves J, García-Ortiz L, *et al.* The Research Network on Preventive Activities and Health Promotion (redIAPP): a reference network and promoter of primary care research. *Aten Primaria* 2023;55:102694. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102694>
28. Rodríguez Benito L, Benedé Azagra CB, Cubillo Llanes J, *et al.* Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Rev Clínica Med Fam* 2023;16:286–92. <https://doi.org/10.55783/rcmf.160308>
29. Hassan SM, Ring A, Goodall M, *et al.* Social prescribing practices and learning across the North West Coast region: essential elements and key challenges to implementing effective and sustainable social prescribing services. *BMC Health Serv Res* 2023;23:562. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09574-6>
30. Munford LA, Wilding A, Bower P, *et al.* Effects of participating in community assets on quality of life and costs of care: longitudinal cohort study of older people in England. *BMJ Open* 2020;10:e033186. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033186>
31. Oster C, Skelton C, Leibbrandt R, *et al.* Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2023;23:642. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09650-x>
32. 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. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.016>
33. Martí-Lluch R, Bolívar B, Llobera J, *et al.*; DESVELA Cohort Investigators. Role of personal aptitudes as determinants of incident morbidity, lifestyles, quality of life, use of health services, and mortality (DESVELA cohort): quantitative study protocol for a prospective cohort study in a hybrid analysis. *Front Public Health* 2023;11:1067249. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1067249>
34. Minary L, Alla F, Cambon L, *et al.* Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *J Epidemiol Community Health* 2018;72:319–23. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209921>
35. Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdà JC, *et al.* Training in community health: challenges, threats and opportunities. *SESPAS Report* 2018. *Gac Sanit* 2018;32:82–5. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.007>
36. Nair D, Thekkur P, Fernando M, *et al.* Outcomes and Challenges in noncommunicable disease care provision in health facilities supported by primary health care system strengthening project in Sri Lanka: a mixed-methods study. *Healthcare* 2023;11:202. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020202>
37. Watson ED, Moosa S, Janse Van Rensburg DC, *et al.* Can community health workers be part of the solution to an inactive nation? *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:6675. <https://doi.org/10.3390/ijerph20176675>
38. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, *et al.* Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One* 2019;14:e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
39. Persaud N, Sabir A, Woods H, *et al.*; Equitable Preventive Praxis Initiative in Canada. Preventive care recommendations to promote health equity. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can* 2023;195:E1250–73. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230237>

ANEXO 7. PERMISOS EDITORIALES

Todos los artículos que conforman esta tesis doctoral son de acceso con libre, cuya licencia permite su uso y distribución sin fines comerciales ni lucrativos. A continuación, se adjuntan las licencias de las revistas para cada artículo:

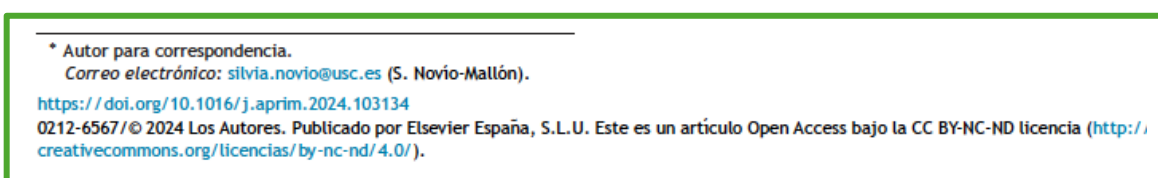
ARTÍCULO 1

Mosteiro-Miguéns DG, Rodríguez-Fernández A, Zapata-Cachafeiro M, Vieito-Pérez N, Repesas-Carrera FJ, Novío Mallón S. **Community activities in primary care: a literature review.** J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319231223362. <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>.



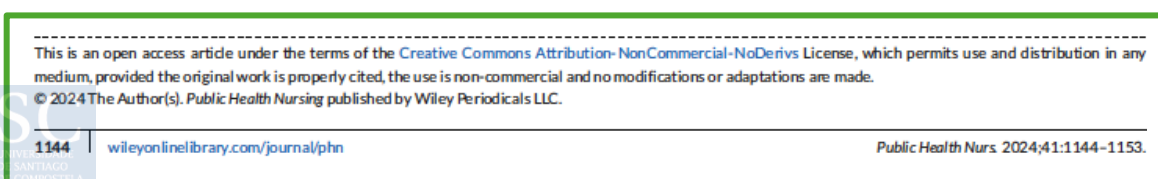
ARTÍCULO 2

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Alfonso-González T, De Bernardo-Roca D, Rodríguez-Fernández A. **Actividades comunitarias realizadas en Atención Primaria entre 2018 y 2022: un estudio descriptivo.** Aten Primaria. 2025;57:103134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103134>.



ARTÍCULO 3

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío-Mallón S, Lareu-Coego I, Vieito-Pérez N, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and perceptions of student nurses regarding community activities in primary care: A cross-sectional study.** Public Health Nurs. 2024;41:1144–53. <https://doi.org/10.1111/phn.13385>.



ARTÍCULO 4

Mosteiro-Miguéns DG, Zapata-Cachafeiro M, Novío S, Vieito-Pérez N, Alfonso-González T, Rodríguez-Fernández A. **Knowledge, attitudes, and practice of primary care professionals regarding community activities: a descriptive study.** Fam Pract. 2025:cmae056. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae056>.

© The Author(s) 2024. Published by Oxford University Press.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs licence (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial reproduction and distribution of the work, in any medium, provided the original work is not altered or transformed in any way, and that the work is properly cited. For commercial re-use, please contact reprints@oup.com for reprints and translation rights for reprints. All other permissions can be obtained through our RightsLink service via the Permissions link on the article page on our site—for further information please contact journals.permissions@oup.com.

ANEXO 8. SEGUNDO PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL EN LAS XXVI JORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



O Comité Científico das XXVI XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA de AGAMFeC

CERTIFICA

que o SEGUNDO PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

foi concedido a Diego Gabriel Mosteiro Miguéns, Almudena Rodríguez Fernández, Maruxa Zapata Cachafeiro e Silvia Novío Mallón pola súa Comunicación "Actividades comunitarias en la Atención Primaria de Galicia" (ID 190) presentada no seo das XXVI XORNADAS AGAMFEC de Medicina Familiar e Comunitaria: Exerzamos cómo galegos!" que tiveron lugar no Museo Verbum de Vigo os días 29 e 30 de setembro de 2023.

Para que así conste, aos efectos oportunos, asina o presente escrito a 9 de outubro de 2023.

D. Martín Menéndez Rodríguez
Presidente do Comité Científico



Código Seguro de Verificación: 5e024f17-7483-49de-9819-848b3fe6ad9a. Validar en <https://diplomas.agamfec.com>

ANEXO 9. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1.	Características de las AC incluidas en la revisión.	58
Tabla 2.	Barreras y facilitadores para el desarrollo de AC identificadas por los coordinadores/as de enfermería, jefes/as de servicio y profesionales que lideraron AC (n=27), en el ámbito de AP del ASSCB.	62
Tabla 3.	Diferencias de conocimiento sobre AC entre los estudiantes de enfermería de primer ciclo (1er y 2do curso) y segundo ciclo (3er y 4to curso) (n=152).	64
Tabla 4.	Principales características sociodemográficas y laborales de los profesionales de AP del SERGAS (n=521).	65
Tabla A.1.	Características de las 95 AC desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del ASSCB.	173
Tabla B.1.	Características de la población diana y de los profesionales que participaron en las 95 AC desarrolladas durante 2018-2022, en el ámbito de AP del ASSCB.	187

Figuras

Figura 1.	PRISMA 2009 diagrama de flujo de los estudios originales incluidos en la revisión.	56
Figura 2.	Proceso de identificación y selección de las AC desarrolladas durante 2018-2022 en los centros de salud del ASSCB.	60



Esta tesis doctoral identifica, analiza y describe las actividades comunitarias llevadas a cabo en los centros de salud del área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, durante los años 2018 y 2022; así como las barreras y facilitadores para su desarrollo. Además, explora los conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas acerca de este tipo de intervenciones en estudiantes del Grado de Enfermería y profesionales de Atención Primaria del Servizo Galego de Saúde. Los resultados obtenidos muestran que las actividades comunitarias pueden mejorar aspectos relacionados con la esfera física y psicológica de los participantes, pese a que su implementación no es la deseada. Se identifica la flexibilización de las agendas de los profesionales como un factor clave para facilitar su desarrollo. Por último, este estudio pone de manifiesto la necesidad de mejorar la formación en actividades comunitarias de estudiantes del Grado de Enfermería y profesionales de Atención Primaria de Galicia.