

^{1,2} Agurtzane Mujika
^{2,3,4} María Jesús Pumar Méndez
^{4,5} Elena Bermejo Martínez
^{2,6} Naia Hernantes
^{2,4,7} Elena Antoñanzas Baztán
^{2,3,4} Olga López Dicastillo

Estrategias para impulsar la implementación de promoción de salud en Atención Primaria: dos grupos nominales

¹ Universidad del País Vasco. Euskal Herriko Unibertsitatea. Facultad de Medicina y Enfermería. Donostia (San Sebastián). ⁵ Universidad de Navarra. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil. Pamplona.

² Grupo de investigación IMPULS (Investigación e Innovación para la Implementación de la Promoción de la Salud). Pamplona.

⁶ Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián.

³ Universidad Pública de Navarra. Departamento de Ciencias de la Salud. Pamplona.

⁷ Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona.

⁴ IdISNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra. Pamplona.

Dirección de contacto: mj.pumarmendez@unavarra.es

Cómo citar este artículo:

Mujika A, Pumar Méndez MJ, Bermejo Martínez E, Hernantes N, Antoñanzas Baztán E, López Dicastillo O. Estrategias para impulsar la implementación de promoción de salud en Atención Primaria: dos grupos. *RIdEC* 2020; 13(2):59-70.

Fecha de recepción: 26 de septiembre de 2020. Aceptada su publicación: 22 de octubre de 2020.

Resumen

Objeto: identificar recomendaciones para impulsar la implementación de la promoción de salud en Atención Primaria.

Método: se realizaron dos grupos nominales, con la participación de 15 expertos en promoción de la salud, Salud Pública, Atención Primaria y seguridad del paciente. Se llevaron a cabo dos rondas de trabajo, combinando trabajo personal, puesta en común y discusión entre panelistas sobre los elementos identificados, así como su puntuación. Este proceso dio lugar a una lista de ítems priorizados por los participantes.

Resultados: consenso alcanzado por expertos sobre estrategias para implementar una taxonomía de actividades de prevención y promoción de salud dirigida a identificar omisiones en este campo; y a elementos críticos para implementar estrategias de promoción de salud en Atención Primaria. Entre ellos, destacan la consideración de la implementación de la promoción de salud como proceso; la interpelación a otros agentes; y la necesidad de una apuesta clara y firme por la promoción de salud en el ámbito institucional.

Conclusión: el impulso de la promoción de salud en Atención Primaria requiere de una apuesta clara y firme, acompañada de la adopción de un enfoque de creación de capacidad y de un marco de implementación.

Palabras clave: promoción de la salud; Atención Primaria de salud; consenso; creación de capacidad; ciencia de la implementación.

Abstract

Fostering the implementation of health promotion in primary care: two nominal groups

Purpose: to identify recommendations aimed at fostering implementation of health promotion in Primary Care.

Methods: two nominal groups were created, with 15 experts in health promotion, public health, primary care, and patient safety being involved in them. Two working rounds were performed, in which personal work, sharing and discussion among panelists on the identified items, as well as scoring such items, were combined. This process resulted in a list of items prioritized by participants.

Results: a consensus was reached by the experts on the strategies to implement a taxonomy for preventive and health promotion actions aimed at identifying gaps in this field; as well as critical items to implement strategies for health promotion in primary care. Among them, the following are highlighted: considering the implementation of health promotion as a process; questioning other agents; need for a clear and firm commitment to health promotion at the institutional level.

Conclusion: fostering health promotion in primary care requires a clear and firm commitment, along with the adoption of a capacity building approach and an implementation framework.

Key words: health promotion; Primary Health Care; consensus; capacity building; implementation science.

Introducción

La promoción de la salud (PS) es un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para así mejorarla. Se trata de una estrategia fundamental para aumentar la salud y los activos de la población, y potenciar su desarrollo, productividad y bienestar (1).

La Atención Primaria de Salud (AP) ha sido tradicionalmente considerada en el nivel asistencial más estrechamente relacionado con la práctica de la PS. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de impulsar un nuevo liderazgo de la AP en dicha práctica. Las demandas que impone, entre otras, la epidemia de procesos crónicos, ha hecho que se hayan depositado sobre este nivel asistencial grandes esperanzas. Así, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial en enero de 2015, establece que desde un marco de determinantes sociales y equidad resulta indispensable la adopción de un enfoque de entornos saludables, el fortalecimiento de la intersectorialidad y la participación de la ciudadanía para la PS y el bienestar (2).

Se considera que esta estrategia puede suponer una oportunidad para reorientar los servicios de salud hacia la salud comunitaria, recuperando así los principios inspiradores de la AP planteados en la Conferencia de Alma Ata (3). A pesar de que la Ley General de Sanidad orientó el sistema hacia la promoción y la protección de la salud, otorgando a la AP un papel importante como eje de una atención integral (4), su clara vocación comunitaria en los orígenes pronto comenzó a declinar, con una implantación desigual, y centrándose fundamentalmente en la asistencia individual, quedando infradesarrollada la apertura de la AP a la comunidad (4). Se ha señalado la necesidad de que se produzcan transformaciones profundas tanto en lo conceptual como en lo organizativo en la AP (5). A día de hoy, aún no se puede asumir que las actividades de PS sean una práctica estandarizada en AP (6). Los profesionales que trabajan en este nivel asistencial identifican como apropiado el desarrollo de actividades de prevención primaria y PS; sin embargo, refieren una implementación baja al respecto (6). Se han identificado diversas barreras que explicarían dicha baja implementación, operando a distintos niveles, desde el intra e interpersonal, institucional, hasta del contexto sociocultural más amplio (6).

Con frecuencia se adopta una visión reduccionista de la PS equiparándola meramente a programas de educación para la salud (7), y que tiende a priorizar el manejo de la enfermedad relegando a un segundo plano las actuaciones de carácter salutogénico (7). El origen de esta situación puede estar en la falta de un conocimiento preciso acerca de la frecuencia y/o omisión de las actuaciones derivadas de la implementación de la PS en toda su magnitud (8). Además, los abordajes actuales carecen de un enfoque de sistemas complejos (9) totalmente imprescindible cuando se atiende a la complejidad del contexto en que deben ser incorporadas las intervenciones de PS (10). Ante esta situación y la falta de literatura que permita identificar cómo favorecer la implementación de la PS en toda su extensión en AP, surge la necesidad de identificar estrategias que puedan permitir su relanzamiento. El objetivo de este estudio fue identificar recomendaciones para impulsar la implementación de la PS en AP.

Método

Ante la necesidad de dar un impulso a la incorporación de la PS en AP, implicando la perspectiva salutogénica, la intersectorialidad y una mayor apertura a la comunidad, se celebró el foro "Seguridad en Promoción de Salud: Aprendiendo Juntos de las Omisiones" organizado por el grupo de investigación ImPuLS. Este foro perseguía crear un espacio de reflexión y debate sobre algunos conceptos que, con una larga tradición en el ámbito de la seguridad del paciente, podrían proporcionar una estrategia para la implementación efectiva de la PS. Se presentó TaxoPromo, una herramienta diseñada por el grupo ImPuLS y que aglutina las actividades que deberían llevarse a cabo en AP para considerar que la PS se está desarrollando en toda su extensión (8). Contrastando la práctica habitual con las actividades recogidas en TaxoPromo, las omisiones en prevención y PS pueden identificarse de un modo sistemático. En el contexto de dicho foro se llevaron a cabo dos grupos nominales con el propósito de identificar recomendaciones para impulsar la implementación de la PS en AP.

Diseño

Se realizaron dos grupos nominales en el contexto del foro celebrado en la Universidad de Navarra en marzo de 2018. El grupo nominal es un proceso grupal para exponer opiniones sobre un problema o cuestión, ordenar por rango los factores estudiados y ponderarlos, resultando en una escala de importancia o prioridad (11). Esta metodología es de especial interés para el estudio de áreas en las que no existe evidencia o esta no es concluyente (12).

Participantes

En los grupos nominales participaron 15 personas expertas, asegurando la presencia de profesionales, gestores o planificadores, y académicos o investigadores con trayectoria en los ámbitos de PS, Salud Pública, AP, seguridad del paciente y con capacidad de influencia. Los participantes provenían de seis comunidades autónomas diferentes: Cataluña (2), Navarra (5), Madrid (5), Islas Baleares (1), Comunidad Valenciana (1) y Aragón (1). Nueve fueron mujeres y seis hombres. Todos ellos fueron distribuidos en dos grupos respetando una distribución homogénea de las características mencionadas (Tabla 1). Cada grupo nominal, lo moderó un investigador con amplia experiencia en investigación cualitativa y facilitación de dinámicas, y otros dos investigadores se encargaron de tomar notas y apoyar en el desarrollo de los mismos. En total seis investigadores del grupo de investigación ImPuLS participaron en el desarrollo de los dos grupos nominales.

Tabla 1. Participantes grupos nominales

	Profesional	Gestión	Académico	Promoción salud	Salud Pública	Atención Primaria	Seguridad del paciente
Grupo nominal 1	2	3	3	3	1	4	1
Grupo nominal 2	2	3	2	3	1	2	1

La estrategia de selección de participantes para los grupos nominales perseguía garantizar la validez y transferibilidad de los resultados obtenidos. Por ello, se seleccionaron participantes de acuerdo a su pericia o *expertise*, y a su capacidad de implementar las potenciales propuestas (12). La selección se centró, por tanto, en los ámbitos de PS, Salud Pública, AP y seguridad del paciente y que fueran profesionales, gestores o planificadores, y académicos o investigadores en estos ámbitos. Su identificación se llevó a cabo a través de la revisión de autorías en publicaciones y trabajos clave en los ámbitos señalados y mediante la técnica de bola de nieve. Se identificaron inicialmente 30 posibles participantes y se organizaron por orden de relevancia para cada grupo nominal. El contacto con los panelistas permitió identificar posibles participantes adicionales, en caso de que los identificados en primer lugar no pudiesen participar. Se contactó con los posibles panelistas de manera gradual, atendiendo a la clasificación realizada por su relevancia, contactando inicialmente a 10 expertos y después por bloques de cinco. De los 53 posibles panelistas se contactó con un total de 25 personas, de los cuales aceptaron participar 15. Por tanto, la tasa de aceptación fue de 60%. La causa para la no participación en los paneles fue la coincidencia en el tiempo con otros eventos o responsabilidades adquiridas por los panelistas en las fechas en las que efectuar la jornada.

El contacto con los participantes se realizó mediante una carta enviada por correo electrónico en la que se les informaba del evento y se les invitaba a participar. En concreto se les informaba que el segundo día acogería los grupos nominales, que discurrirían en dos rondas. En ellos, un número reducido de expertos debatirían acerca de estrategias para la traslación de una taxonomía de actividades de prevención y promoción en AP a dicho ámbito y acerca de factores/elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP. En este contexto, y dada su experiencia en el área, se les invitó a participar.

Procedimiento

Tras una breve sesión introductoria, en la que se abordaron nociones básicas de los grupos nominales (11), su utilidad en salud y perfil de los participantes se desarrollaron los paneles, de manera paralela.

En primer lugar se distribuyó a los participantes el material para que pudieran familiarizarse con el mismo y retomar algunas de las ideas presentadas en las ponencias de la jornada del día anterior, para el trabajo a desarrollar en el grupo nominal. En el grupo nominal "Estrategias de implementación de una taxonomía de actividades de prevención y PS para el abordaje de su omisión en AP" (Grupo nominal 1) se distribuyó la herramienta TaxoPromo (8), que aglutina un listado de 43 actividades agrupadas en ocho categorías, que deberían llevarse a cabo en AP. En el caso del grupo nominal "Evaluación de estrategias de PS en AP" (Grupo nominal 2) se visualizó un breve vídeo introductorio sobre el enfoque de evaluación basado en sistemas complejos (<https://www.youtube.com/watch?v=2vojPkSdbtI>) elaborado por la Universidad de Columbia Británica, y se proporcionó una representación gráfica de un modelo lógico como base para facilitar el trabajo que debían realizar (Figura 1).

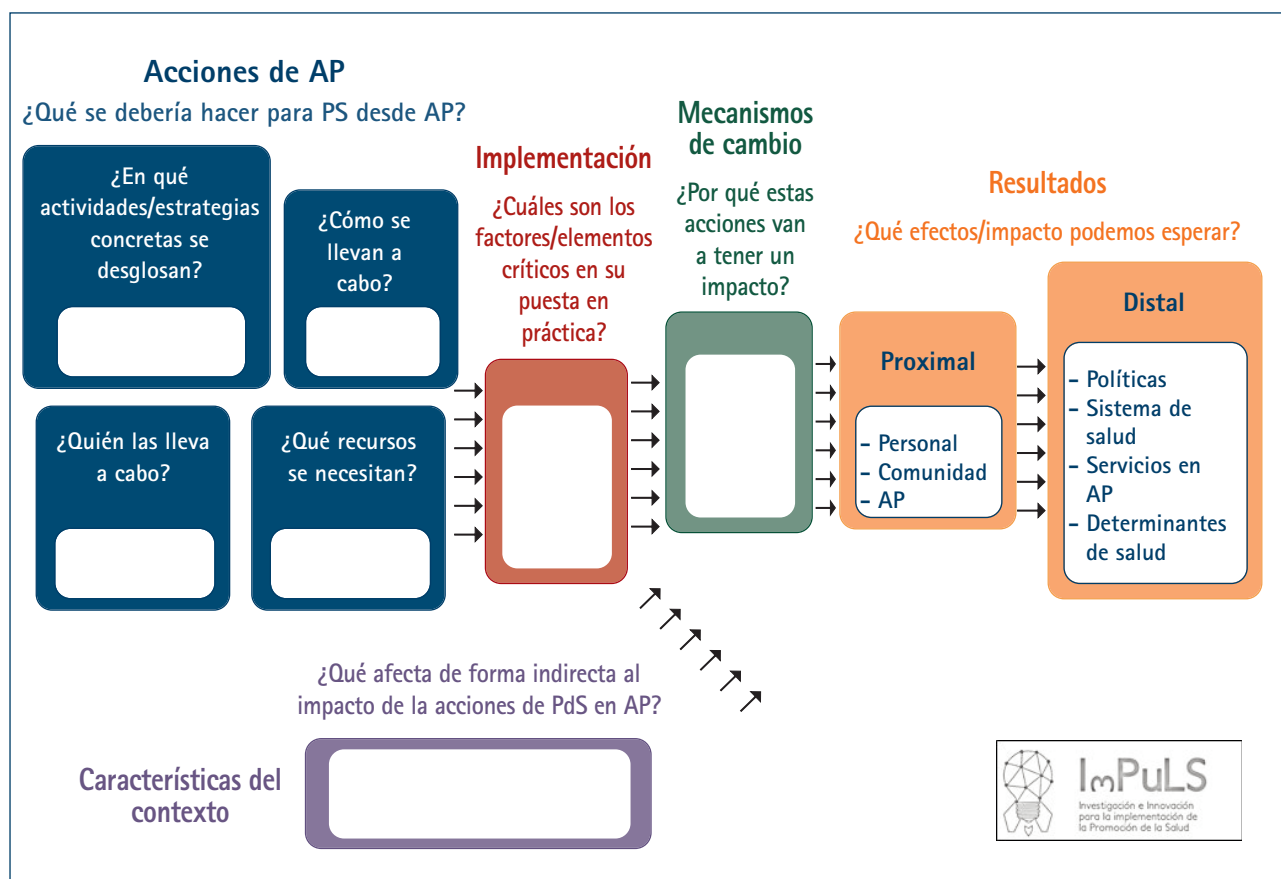


Figura 1. Marco crítico de evaluación de estrategias de PS para AP

A continuación se planteó a los participantes la pregunta sobre la que se trabajaría en el grupo nominal. En el grupo nominal 1 la pregunta fue: "¿Qué estrategias podrían adoptarse para implementar TaxoPromo en el contexto de AP?". En el grupo nominal 2, por su parte, la pregunta fue "¿Cuáles son los factores/elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP?". En ambos se concretó como objetivo la creación de un listado de propuestas individual, que seguidamente se priorizarían por medio de la dinámica grupal.

La recogida de información y el análisis de la misma se llevó a cabo de manera simultánea con los participantes hasta llegar al consenso. En el transcurso de cada grupo nominal se combinaron trabajo personal, puesta en común y discusión entre panelistas sobre los elementos identificados, así como su puntuación. En concreto, los grupos nominales transcurrieron en las siguientes fases: Fase 1: generación de ideas; Fase 2: puesta en común de ideas generadas; Fase 3: discusión sobre las ideas propuestas; Fase 4: votación preliminar; Fase 5: discusión de resultados; Fase 6: votación final. En la Fase 1 cada participante, de manera individual, creaba un listado de ítems en respuesta a la pregunta planteada para el grupo nominal; tras lo cual, en la Fase 2 se ponían en común las ideas generadas por los participantes. Estos ítems se iban registrando por un miembro del equipo investigador y proyectando en una pantalla, de manera que todos los participantes pudiesen visualizar la información. En la Fase 3 se discutieron las ideas propuestas para su clarificación; para a continuación, en la fase 4, proceder a la votación individual. Cada participante puntuó los ítems que le parecieron más relevantes, otorgando la máxima puntuación a la propuesta que consideraba más importante y la mínima al de menos importancia según su criterio (11). Una vez contabilizados los votos, y con los resultados en pantalla, estos se discutieron. La discusión además permitió concretar, completar o fusionar varios ítems antes de proceder a la segunda y última votación. En la sexta y última fase se efectuó la última votación. De este modo, la lista de elementos inicial evolucionó hasta llegar a una lista de ítems priorizados por los participantes.

Resultados

En la ronda de generación de ideas o Fase 1 se obtuvieron un total de 27 y 43 propuestas de ítems en los grupos 1 y 2, respectivamente (Tabla 2). Tras su puesta en común y discusión por parte los participantes (Fases 2 y 3) se realizó la votación preliminar, que permitió priorizar los ítems más relevantes en 15 ítems para el grupo nominal 1 y 20 para el grupo 2 (Fase 4). Tras la discusión de los resultados de esta votación (Fase 5), en la sexta y última fase se procedió a la votación final, que dio como resultado la selección de seis ítems que los panelistas consideraron suficientes y apropiados como estrategias para implementar TaxoPromo en el contexto de AP (grupo 1); y 10 ítems que los panelistas consensuaron como elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP (grupo 2). Estos ítems correspondientes a los dos grupos nominales se muestran en la Tabla 2 ordenados de mayor a menor puntuación.

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
1. ¿Qué estrategias podrían adoptarse para implementar la taxonomía en AP?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un marco teórico en implementación para realizar un análisis situacional previo 2. Detectar formas sencillas de inclusión de las herramientas, dependiendo del nivel de implementación (nivel macro/meso/micro) (creación previa de lenguaje común) 3. Evaluación bianual de análisis situacional en relación a la taxonomía 4. Reestructurar los centros de salud hacia un enfoque de centros promotores de salud 5. Inclusión de la comunidad a niveles administrativos/servicios sanitarios/consejos de salud 6. Fomentar/crear conciencia sobre compromiso en la adherencia a la taxonomía (a distintos niveles y qué apartados) 7. Consenso previo sobre la validez de la herramienta en PS 8. Revisión y selección de estrategias consensuadas de implementación 9. Definir las funciones de cada una de las partes implicadas en la implementación (comisiones, profesionales, indicadores, institución, etc.) 10. Inclusión de la herramienta en el currículum pregrado y postgrado (en todas las disciplinas) en PS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un marco teórico en implementación para realizar un análisis situacional previo 2. Fomentar/crear conciencia sobre compromiso en la adherencia a la taxonomía (a distintos niveles y qué apartados) 3. Reunión periódica revisión la taxonomía + incorporar a la taxonomía hojas de autoevaluación (qué estamos haciendo/qué podríamos hacer) 4. Reestructurar los centros de salud hacia un enfoque de centros promotores de salud 5. Hacer partícipe a la comunidad en la estrategia de implementación de la herramienta 6. Definir las funciones de cada una de las partes implicadas en la implementación (comisiones, profesionales, indicadores, institución, etc.) 8. Revisión y selección de estrategias consensuadas de implementación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un marco teórico de implementación para realizar un análisis situacional previo 2. Reestructurar los centros de salud hacia un enfoque de centros promotores de salud 3. Visibilizar, diseminar la taxonomía en asociaciones científicas de salud pública 4. Reunión periódica para revisión de taxonomía e incorporar hojas de evaluación a la misma (qué estamos haciendo/qué podríamos hacer) 5. Presentar la taxonomía como una herramienta beneficiosa para fortalecer los equipos, y para la formulación y priorización de objetivos, evitando la frustración de los profesionales 6. Hacer partícipe a la comunidad en la estrategia de implementación de la herramienta

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	<ol style="list-style-type: none"> 11. Fomentar un modelo de trabajo transdisciplinar en pro del alcance de los objetivos de PS, evitando la inequidad 12. Generar coherencia en las instituciones 13. Utilizar un marco de evaluación de las estrategias de implementación 14. Incorporar a la taxonomía hojas de autoevaluación (qué estamos haciendo/qué podríamos hacer) 15. Evitar que la taxonomía sea una herramienta de frustración de los profesionales 16. Inclusión de la taxonomía como una herramienta complementaria, no sustitutiva de la actividad diaria (poner en valor) 17. Evitar la implementación de la herramienta de manera informatizada en un primer momento 18. Presentarla como una herramienta beneficiosa para fortalecer los equipos 19. Reconocimiento de valor de la taxonomía en el área asistencial (unido a la idea de la inclusión en el currículum) 20. Disponibilidad y accesibilidad a la herramienta por parte de cualquier individuo (páginas web, PDF gratuitos) 21. Establecer contacto con el equipo de traducción de la guía NICE (coordinación con otras iniciativas con el fin de evitar sobrecargas) 22. Visibilizar, compartir y vehicular un enfoque relacionado con paradigma comunitario 23. Difundir y diseminar la taxonomía en sociedades/asociaciones científicas/Salud Pública/ámbito de seguridad paciente 24. Argumentar/difundir beneficios que puede aportar la herramienta en términos de clasificación 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Utilizar un marco de evaluación de estrategias de implementación 10. Detectar formas sencillas de inclusión de las herramientas, dependiendo del nivel de implementación (nivel macro/meso/micro) (creación previa de lenguaje común) 11. Fomentar un modelo de trabajo transdisciplinar en pro del alcance de los objetivos de promoción de la salud, evitando la inequidad 12. Generar coherencia en las instituciones 19. Reconocimiento de valor de la taxonomía en el área asistencial (unido a la idea de la inclusión en el currículum) 22. Visibilizar, compartir y vehicular un enfoque relacionado con paradigma comunitario + difundir y diseminar la taxonomía en sociedades/asociaciones científicas/Salud Pública/ámbito de seguridad paciente e implicarles en la validación de la misma 23. Inclusión de la herramienta en el currículum pregrado y postgrado (en todas las disciplinas) en promoción de la salud 26. Presentarla como una herramienta beneficiosa 	

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	25. Utilidades en investigación para clasificar las acciones en PS 26. Utilidad de la herramienta en la formulación y priorización de objetivos en los acuerdos de gestión clínica y contrato programa 27. La herramienta no va a servir para evitar errores de omisión (evitar el error de omisión en la implementación)	para fortalecer los equipos + evitar que la taxonomía sea una herramienta de frustración de los profesionales + utilidad de la herramienta en la formulación y priorización de objetivos en los acuerdos de gestión clínica y contrato programa	
2. ¿Cuáles son los factores/elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP?	1. Prioridad política 2. Enfoque global de déficit 3. Identificación de cinco niveles de implementación: evidencia, <i>policy maker</i> , organización, profesional, paciente-comunidad 4. Papel de la comunidad como un todo/sistema 5. Pacto por la promoción 6. Motivación profesional/ "Promopasionales" (profesionales, comunidad, activos, gestores) 7. Difusión adecuada de la estrategia global 8. Estrategia operativa 9. Representación social de la PS (por parte de la comunidad y de los profesionales) 10. Reconocimiento social y profesional de la PS 11. Necesidad de apoyos contextuales (existencia de un planteamiento de salud en todas las políticas desde salud, educación y otros; adecuada a los profesionales para su propia capacitación en PS) 12. Formación/capacitación básica y continuada de los profesionales 13. Acompañamiento desde el apoyo, no solo la formación (formación parte de proceso)	1. Prioridad política 3. Identificación de cinco niveles de implementación: evidencia, <i>policy maker</i> , organización, profesional, paciente-comunidad 4. Papel de la comunidad como un todo/sistema 5. Pacto por la promoción 6. Motivación profesional/ "Promopasionales" (profesionales, comunidad, activos, gestores) 10. Reconocimiento social y profesional de la PS 11. Necesidad de apoyos contextuales (existencia de un planteamiento de salud en todas las políticas desde salud, educación y otros; adecuada a los profesionales para su propia capacitación en PS) 12. Formación/capacitación básica y continuada de los profesionales 13. Acompañamiento desde el apoyo, no solo la formación (formación parte de proceso)	1. Prioridad política del sistema de salud hacia la PS 2. Adaptación organizativa para facilitar los procesos de implementación dentro de AP 3. Apoyos contextuales 4. Formación/capacitación básica y continuada de los profesionales 5. Reconocimiento social y profesional de la PS 6. Motivación profesional/compromiso con la PS 7. Papel de la comunidad como un todo/sistema 8. Identificación de cinco niveles de implementación (evidencia, <i>policy maker</i> , organización, profesional, paciente-comunidad) 9. Recogida sistemática de acciones/intervenciones 10. Coordinación de AP con otras áreas del sistema de salud y con otros sectores

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	<ul style="list-style-type: none"> 14. Coordinación de AP con otros sectores. Trabajo intersectorial 15. Definición del papel de AP en PS 16. Engranaje de la PS con otras actividades de AP 17. Niveles de abordaje de la PS: en consulta, comunidad e intersectorialidad de AP con otros sectores 18. Fomento del trabajo en equipo en AP 19. Acuerdo de gestión clínica/crear un objetivo de compra en los proveedores en el sector salud 20. Reconocimiento de incentivos económicos 21. Sostenibilidad de las estrategias por perfiles y dinámica de trabajo 22. Agendas comunitarias: "ir a la calle" 23. Difusión en red de lo que se está haciendo/creación de red de proyectos 24. Carga asistencial de los profesionales de la salud 25. Foco de medicalización de los problemas de salud 26. Incorporar iniciativas activas exitosas y funcionales que surgen en la comunidad 27. Adaptación organizativa. Concretar las acciones de PS que queremos poner en marcha. Coherencia con lo que se propone y su evaluación 28. Recogida sistemática de acciones/intervenciones (consensuadas, basadas en la evidencia, implementables, y definidas) y su evaluación en sistemas de información 	<ul style="list-style-type: none"> 14. Coordinación de AP con otros sectores. Trabajo intersectorial. Definición del papel de AP en PS 18. Fomento del trabajo en equipo en AP 20. Reconocimiento de incentivos económicos 23. Difusión en red de lo que se está haciendo/creación de red de proyectos 24. Carga asistencial de los profesionales de la salud 27. Adaptación organizativa. Concretar las acciones de PS que queremos poner en marcha. Coherencia con lo que se propone y su evaluación 28. Recogida sistemática de acciones/intervenciones (consensuadas, basadas en la evidencia, implementables, y definidas) y su evaluación en sistemas de información 29. Adaptación a las bases de datos y mejorar la sistemática de recogida y evaluación 31. Coordinación salud pública, servicios sociales y servicios de salud 32. Registro en historia clínica electrónica de las actividades de PS 41. Equidad en la AP, como elemento transversal 	

Tabla 2. Ítems identificados al comienzo y tras finalizar la primera y segunda ronda de priorización respectivamente (continuación)

Grupo nominal	Listado inicial de ítems identificados por los participantes (fase 1)	Resultados tras la primera priorización (manteniendo la numeración inicial del ítem) (fase 4)	Resultados tras la segunda priorización presentados por orden de importancia identificada por los participantes (fase 6)
	<p>29. Adaptación a las bases de datos y mejorar la sistemática de recogida y evaluación</p> <p>30. Modelo de implementación dentro de las áreas básicas de salud</p> <p>31. Coordinación Salud Pública, servicios sociales y servicios de salud</p> <p>32. Registro en historia clínica electrónica de las actividades de PS</p> <p>33. Cultura de divulgación científica y social de las acciones e iniciativas</p> <p>34. Acceso a la documentación de buenas prácticas</p> <p>35. Conocer los recursos disponibles de la comunidad</p> <p>36. Burocracia de la administración como barrera</p> <p>37. Equilibrar la implicación de los diferentes estamentos (medicina, enfermería, trabajo social y agentes) y entre los propios miembros del equipo. Interdisciplinaridad</p> <p>38. Identificación de las competencias propias de cada profesional para promover la salud. Definir los perfiles de los implicados</p> <p>39. Asunción de tareas de PS por cada profesional.</p> <p>40. Investigación en acción con mecanismos de evaluación continua</p> <p>41. Equidad en la AP como elemento transversal</p> <p>42. La necesidad de gratificación inmediata. Obtención de resultado a largo plazo (poca motivación y poca rentabilidad para los gestores y profesionales)</p> <p>43. Longitudinalidad de la AP evitando la precariedad laboral. Estabilidad laboral</p>		

Discusión

Este estudio muestra el consenso alcanzado por expertos en PS con relación a estrategias para la implementación de una herramienta para la evaluación sistemática de la actividad en prevención y PS en AP e identificación de omisiones en este campo (TaxoPromo); y a elementos críticos para la implementación de estrategias de PS en AP. Los resultados ponen de manifiesto que las opiniones de expertos son claras y están alineadas hacia estrategias bien definidas, lo que refuerza la necesidad de trabajar en su implementación. Estos apuntan fundamentalmente hacia el reconocimiento y la apuesta por la PS, aspectos esenciales relacionados con la implementación, la necesidad de colaboración con otros agentes, y la capacitación para el compromiso con la PS.

La necesidad de una apuesta clara y firme por la PS en el ámbito institucional, en la agenda política, se situó entre los primeros puestos en lo consensado por los panelistas en ambos grupos. Como otros autores han apuntado, la necesaria reorientación de los servicios sanitarios y la devolución a AP de su papel como eje estratégico del Sistema Nacional de Salud, basado en la PS, es una decisión eminentemente política (4). La priorización de la PS por parte del sistema de salud implicaría la consideración de la PS como una inversión más que un gasto (7) y promovería la adopción de una perspectiva salutogénica que facilitaría impulsar las iniciativas comunitarias (13,14). Posicionar la PS en un lugar prioritario en la agenda ayudaría a controlar la presión que ejerce la necesidad de actuación sobre la curación o lo agudo, que con frecuencia hace que las actividades de promoción queden relegadas a un segundo plano, por ser consideradas menos prioritarias (15).

La AP se ha desarrollado de manera *ad-hoc*, siendo crónicamente infradotada al tiempo que sobrecargada, y actuaciones que tienen que ver con la educación, la prevención o el apoyo tienden a ser omitidas con mayor facilidad (15,16). Si bien se reconoce que la omisión de cuidado o servicio debe ser monitorizada regularmente como parte de la gobernanza de los sistemas con el fin de ofrecer servicios adecuados y poder lograr resultados en salud óptimos, esta necesidad parece haberse tenido en cuenta solamente en cuidados agudos (15). En este mismo sentido, iniciativas que se están desarrollando en la actualidad en lo referido a los errores de omisión en AP no están considerando la PS (17). El Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria para impulsar la actualización de la AP apela al desarrollo de herramientas para el uso en AP para, entre otros, reforzar la PS (18). La implementación de TaxoPromo podría servir para tal fin dada su utilidad para sistematizar la evaluación de la actividad en prevención y PS y exponer las omisiones que se dan en este campo en AP (8). Esta herramienta tuvo una buena acogida entre las personas participantes en los grupos nominales.

Los resultados, considerando un número destacable de los ítems priorizados por los panelistas, podrían integrarse bajo la consideración de la implementación de la PS como un proceso. Efectivamente para prestar atención a aspectos como la propia naturaleza del tema abordado, los recursos disponibles, las barreras y facilitadores que condicionan su utilización, entre otros, es necesario idear un plan de implementación (19). El despliegue de un plan de implementación, con la adopción de un marco teórico y mediante la realización de un análisis situacional adecuado, que implicara a gestores y profesionales, podría promover una mayor participación de los profesionales en las decisiones organizativas (18) y contribuir, asimismo, a hacer frente a la realidad evidenciada por otros autores (6).

Si bien ambos grupos versaron sobre la implementación de la PS en AP, como se puede observar en la Tabla 2, los elementos consensados interpelan a otros agentes externos a la AP o al propio sistema sanitario, como la comunidad, la sociedad o las asociaciones científicas, entre otros. La AP es central a diversas estrategias globales y nacionales para hacer frente a las desigualdades en salud (7). En el contexto español, la salud comunitaria constituye un pilar fundamental para la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario público (4). La salud comunitaria y la PS difícilmente se pueden concebir sin la intersectorialidad ni la participación. La identificación de la necesidad de fomentar la participación de la comunidad o diversas asociaciones como aspecto prioritario para el proceso de implementación de la PS en AP es consistente con la necesidad de trabajar sobre estos dos atributos esenciales.

Todos los aspectos anteriores ponen de manifiesto la necesidad de creación de capacidad en el ámbito de personas, organizaciones y la propia comunidad, para la implementación de la PS (20). Las propuestas consensadas apelan a un marco de creación de capacidad, que responda al desarrollo de estructuras, recursos, conocimiento, habilidades y liderazgo necesarios. Además de para la sostenibilidad de los programas o medidas implementadas, la creación de capacidad conlleva una perspectiva de proceso, con el fin apoyar el cambio en y entre las organizaciones. Este planteamiento minimiza la tendencia al trabajo en silos, y es conducente al desarrollo de sistemas con capacidad de respuesta. La perspectiva de creación de capacidad promueve la creación de comunidades más fuertes y la participación, por lo que supone un mecanismo para el abordaje de las desigualdades en salud. En un marco de creación de capacidad, materiales como TaxoPromo podrían suponer una guía para valorar la calidad del trabajo en PS en AP, de interés para los gestores, además de un instrumento útil para la rendición de cuentas, que permitirían reconocer y dar visibilidad al trabajo realizado por los clínicos en PS.

No se han identificado trabajos de investigación similares que permitan comparar resultados, si bien el Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria para impulsar la actualización de la AP (18) apela a la acción en direcciones similares a las identificadas en los grupos nominales. Las posibles limitaciones de este trabajo serían las propias de los métodos de consenso, que de por sí se utilizan cuando se carece de evidencia científica que facilite la toma de decisiones. El hecho de haber seleccionado participantes de distintos ámbitos, y con distinta perspectiva profesional en este trabajo, ha permitido una aproximación inicial que puede ayudar al relanzamiento de la PS en AP. Esta estrategia para la selección de los participantes, o su consideración de expertos, podría entenderse como una posible limitación. La literatura en torno a los métodos de consenso apunta la variabilidad en las definiciones de lo que constituye un experto (21,22), el mejor método para su identificación (23), e incluso cuál debe ser la composición óptima de los grupos en que estos son distribuidos (23). Ante la inexistencia de guías claras se ha sugerido que entre los participantes se deben incluir aquellos responsables del desarrollo de dicho ámbito y los clínicos encargados de su aplicación (24). En el futuro se requerirán otro tipo de metodologías que contribuyan a la obtención de evidencia científica sólida. Con respecto al proceso de trabajo, algunos participantes pudieron considerar sugerir modificaciones a la pregunta planteada, pero que el proceso de trabajo estructurado no lo permitiera (11). Así mismo, tratándose de participantes con gran conocimiento y experiencia en el ámbito, algunas ideas individuales pudieron quedar menos desarrolladas debido a la dinámica propia de la metodología (11). Sin embargo, el trabajo de los moderadores ayudó a que todos los participantes expresaran sus opiniones y que se revisasen aquellos aspectos en los que podía haber discordancias.

Conclusión

En conclusión, es necesaria una apuesta clara y firme por la PS en AP, que vaya acompañada de la adopción de un enfoque de creación de capacidad y de un marco de implementación. En ello es indispensable la colaboración con otros agentes tanto dentro como fuera del sistema sanitario.

Financiación

Plan de Investigación de la Universidad de Navarra (PIUNA). Convocatoria de Ayudas de Financiación de Grupos de Investigación Registrados 2017-2018.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los participantes en los grupos nominales.

Bibliografía

- [1] World Health Organization (WHO). Global Health Promotion [internet]. Geneva: WHO. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
- [2] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid: MSSE; 2014.
- [3] Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de "salud comunitaria"? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32:5-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- [4] Martínez-Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez JL. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y Sistema sanitaria español. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32:17-21. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004>
- [5] Martín Zurro A. Alma Ata y medicina de familia: 40 años de travesía del desierto. Aten Prim. 2018; 50:203-4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.002>

- [6] Rubio-Varela 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. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>
- [7] López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, Pumar-Méndez MJ. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2017; 31:269-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.011>
- [8] Pumar-Méndez MJ, López-Dicastillo O, Hernantes N, Iriarte A, Belintxon M, García A, Mujika A. Development of a taxonomy of activities in health prevention and promotion for primary care. *J Nurs Manage* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12980>
- [9] Moore GF, Evans RE, Hawkins J, Littlecott H, Melendez-Torres GJ, Bonell C, Murphy S. From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. *Evaluation* 2019; 25:23-45. Doi: <https://doi.org/10.1177/1356389018803219>
- [10] Rosas S, Knight E. Evaluating a complex health promotion intervention: case application of three systems methods. *Crit Publ Health* 2019; 29:337-52. Doi: <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1455966>
- [1] Delp P, Thesen A, Motiwalla J, Seshardi, N. Nominal Group Technique. In: *Systems tools for project planning*. Bloomington: International Development Institute; 1977. p. 14-7.
- [12] Cantrill JA, Sibbald B, Buetow. The Delphi and nominal group techniques in health services research. *Int J Pharm Pract* 1996; 4:67-74.
- [13] Segura A. El sistema sanitario, la Atención Primaria y la Salud Pública. *Aten Prim.* 2018; 50:388-9. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.01.001>
- [14] Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016; 30:93-8. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- [15] Phelan A, Mccarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *JAN* 2017;74:626-36. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
- [16] López-Dicastillo O, Zabaleta-del-Olmo E, Mujika A, Antoñanzas-Baztán E, Hernantes N, Pumar-Méndez MJ. Missed nursing care" in health promotion: raising awareness. *J Nurs Manage* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13016>
- [17] Esmail A, Valderas JM, Verstappen W, Godycki-Cwirko M, Wensing M. Developing a research agenda for patient safety in primary care. Background, aims and output of the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015; 21:sup1:3-7. Doi: <http://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043122>
- [18] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* [internet] núm. 109, de 7 de mayo de 2019. p. 48652 a 48670. [citado 8 nov 2020]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
- [19] Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02.
- [20] NSW Health Department. A Framework for Building Capacity to Improve Health. NSW Health Department [internet] 2001 [citado 8 nov 2020]. Disponible en: <https://yeah.org.au/wp-content/uploads/2014/07/A-Framework-for-Building-Capacity-to-Improve-Health.pdf>
- [21] Mead DM, Moseley LG. The use of Delphi as a research approach. *Nurse Res.* 2001; 8(4):4-23. Doi: <http://doi.org/10.7748/nr2001.07.8.4.4.c6162>
- [22] Baker J, Lovell K, Harris N. How expert are experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Res.* 2006; 14(1):59-70. Doi: <http://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>
- [23] Halcomb E, Davidson P, Hardaker L. Using the consensus development conference method in healthcare research. *Nurse Res.* 2008; 16(1):56-71. Doi: <http://doi.org/10.7748/nr2008.10.16.1.56.c6753>
- [24] Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26(1):5-14. Doi: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00331.x>