



INFORME JORNADA PRESENCIAL

Estrategia Salud Comunitaria de Andalucía (ESCA)

Jornada de Participación de Profesionales para el Desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía

Grupo Oficina Técnica

03/12/2024

Título: Jornada de Participación de Profesionales para el Desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía.

Escuela Andaluza de Salud Pública y Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

Fecha: Diciembre 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA.....	2
RESULTADOS	4
Participación.....	4
Identificación de barreras	6
Barreras Internas	6
Barreras externas	10
Líneas de acción	14
LÍNEA ESTRATÉGICA 1. GESTIÓN	14
LÍNEA ESTRATÉGICA 2. NIVELES DE ORIENTACIÓN	25
LÍNEA ESTRATÉGICA 3. FORMACIÓN	36
LÍNEA ESTRATÉGICA 4. INNOVACIÓN	46
LÍNEA ESTRATÉGICA 5. DIFUSIÓN	55
Sobre los aspectos de evaluación.....	61
ANEXOS	62
Anexo 1. Distribución de grupos, moderación y apoyo técnico por líneas y objetivos de la estrategia	62
Anexo 2. Participantes en los grupos de trabajo.....	63

INTRODUCCIÓN

La Jornada de Participación de Profesionales para el Desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía (ESCA) se celebró el 5 de noviembre de 2024 en la sede de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Este evento, organizado por la Subdirección de Gestión Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en colaboración con la EASP, reunió a más de 100 profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) con el objetivo de reflexionar, debatir y definir acciones estratégicas en torno a la salud comunitaria.

La ESCA se concibe como una respuesta estructurada para promover y consolidar la salud comunitaria en Andalucía, entendida como una expresión colectiva de la salud individual y grupal, influenciada por factores sociales, ambientales, culturales y políticos. La participación activa de los profesionales del SSPA en esta jornada refuerza la importancia de integrar las experiencias, conocimientos y perspectivas de quienes trabajan directamente en el ámbito sanitario, asegurando que la estrategia responda de manera realista y efectiva a las necesidades detectadas en la práctica diaria.

Además, esta jornada evidencia el compromiso del Sistema Sanitario Público de Andalucía con la transparencia y la inclusión en el proceso de toma de decisiones. Al abrir un espacio participativo, se promueve que las acciones y objetivos propuestos sean el resultado de un consenso fundamentado, lo que no solo refuerza la legitimidad de la estrategia, sino que también fomenta la corresponsabilidad de los profesionales en su implementación y desarrollo.

Durante la jornada, se analizó la situación actual de la salud comunitaria en Andalucía, identificando condicionantes claves y planteando acciones estratégicas que serán propuestas al Comité Director de la ESCA. Este informe recoge los principales resultados de las dinámicas realizadas, proporcionando una base clave para avanzar en la planificación e implementación de la ESCA.

METODOLOGÍA

La jornada se diseñó empleando una metodología participativa en dos fases principales: la identificación de barreras y la propuesta de acciones, ambas estructuradas en sesiones grupales moderadas por facilitadores expertos. Las dinámicas fueron organizadas de la siguiente manera:

1. Presentación y marco contextual

- Introducción general sobre la ESCA, sus líneas estratégicas y los objetivos del evento.
- Explicación detallada de la metodología de trabajo y los criterios para priorizar barreras y acciones.

2. Trabajo en grupos

- **Identificación de barreras:**
 - Cada participante reflexionó de manera individual y registró dos factores internos y dos condiciones externas que dificultan el desarrollo de la salud comunitaria en su entorno laboral.
 - En una dinámica grupal, se presentaron y discutieron las barreras identificadas, agrupándolas por dimensiones temáticas relevantes.
 - Posteriormente, se realizó una priorización individual de las barreras según su impacto, utilizando una escala del 1 al 10, considerando criterios de gravedad y frecuencia.

En [Anexo 1](#) se incluye el número de grupos y el equipo dinamizador responsable del desarrollo de la sesión grupal.

- **Propuesta de acciones:**
 - Reflexión individual sobre posibles acciones específicas para alcanzar los objetivos estratégicos de la ESCA.
 - En una dinámica grupal, se presentaron y discutieron las acciones propuestas, priorizándolas según su viabilidad (recursos, tiempo y apoyo organizativo) y su impacto (relevancia, alcance y sostenibilidad).

- Las acciones más priorizadas (con puntuación superior a 8) fueron sintetizadas para su presentación en el plenario. Estableciéndose un máximo de 5 acciones por grupo.

3. Plenario final

- Exposición de los resultados de los grupos, incluyendo las acciones más relevantes priorizadas.
- Priorización colectiva de las acciones utilizando la herramienta Mentimeter, que permite de forma simultánea, a través de los teléfonos móviles, puntuar el impacto de cada actuación presentada.
- Las actuaciones que recibieron una puntuación superior a 8 puntos en el plenario han sido incluidas en las diferentes líneas de acción de la ESCA.

Esta metodología garantizó la integración de perspectivas diversas y el compromiso de los participantes, proporcionando una base sólida para el desarrollo estratégico de la salud comunitaria en Andalucía.

RESULTADOS

Participación

La jornada contó con la participación activa de 109 profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), lo que evidencia un alto nivel de interés y compromiso en el desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía (ESCA). Destacar que tan solo 4 personas que estaban inscritas no acudieron al acto.

A continuación, se presentan las características principales de los asistentes a la jornada, destacando la diversidad de género y perfiles profesionales que participaron en las actividades. En cuanto a la distribución por género, se contó con una mayoría de mujeres (81 participantes, que representan el 74% del total), mientras que los hombres constituyeron el 26% restante (28 participantes). Esta predominancia femenina es consistente con la composición general de la plantilla del SAS¹.

Respecto a los perfiles profesionales, un 33% pertenecía al ámbito de la medicina (36 profesionales), seguido por enfermería con un 29% (32 profesionales), los técnicos de educación para la salud y participación ciudadana representaron el 20% (22 participantes) y trabajo social con un 16% (19 profesionales).

Tabla 1. Distribución de participantes por grupo profesional

Grupo Profesional	Nº Profesionales	%
Medicina	36	33%
Enfermería	32	29%
Técnicos de Educación para la salud y participación ciudadana	22	20%
Trabajo Social	19	17%
<i>Total</i>	<i>109</i>	

La tabla 2 refleja la distribución de participantes por provincia, destacando una representación equilibrada de las distintas provincias andaluzas. Las provincias de Málaga y Sevilla aportaron el mayor número de asistentes, con un 17% cada una, seguidas de Cádiz y Córdoba con un 14% cada una.

Tabla 2. Distribución de participantes por provincia.

Provincia	Nº Profesionales	%
-----------	------------------	---

¹ Según la web del SAS, la distribución por sexos de la plantilla de APyC en 2022 era de 64% mujeres frente al 35% de hombres - <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-12>

Almería	13	12%
Cádiz	15	14%
Córdoba	15	14%
Granada	12	11%
Huelva	7	6%
Jaén	10	9%
Málaga	19	17%
Sevilla	18	17%
<i>Total</i>	<i>109</i>	

Esta diversidad refleja la riqueza de perspectivas aportadas durante las dinámicas, asegurando un enfoque multidisciplinar en el desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía, lo que favoreció una discusión enriquecedora y multisectorial durante las actividades grupales

En el [anexo 2](#) puede consultarse la relación de participantes.

Identificación de barreras

Barreras Internas

Las barreras internas se analizaron y agruparon en 14 categorías principales, unificando conceptos similares². Las categorías resultantes fueron:

1. Carencia de perfiles profesionales específicos necesarios para Salud Comunitaria
2. Carencia de recursos materiales espacios físicos y presupuesto
3. Deficiencias en el trabajo en equipo y comunicación interprofesional
4. Deficiencias en sistemas de registro y protocolos organizativos
5. Déficit de formación y conocimientos en salud comunitaria
6. Desconocimiento de recursos y activos comunitarios disponibles
7. Falta de apoyo y priorización institucional de la salud comunitaria
8. Falta de espacios físicos y materiales para realizar las actividades comunitarias
9. Inestabilidad y alta rotación del personal
10. Insuficiencia de recursos humanos y profesionales
11. Limitaciones en la autonomía organizativa y de gestión
12. Predominio del modelo biomédico tradicional sobre el comunitario
13. Resistencia al cambio y desmotivación profesional
14. Sobrecarga asistencial y falta de tiempo específico

El análisis de las barreras mostró las principales limitaciones percibidas por los participantes para el desarrollo de la salud comunitaria.

A continuación, se destacan las barreras más relevantes según los estadísticos calculados y disponibles en la tabla 3:

1. **Barreras más críticas (puntuaciones más altas en media y mediana):**
 - Insuficiencia de recursos humanos y profesionales: Esta barrera obtuvo la puntuación media más alta (8,4) y una mediana de 8,3, reflejando la percepción generalizada de que la falta de personal adecuado es un obstáculo crítico para la implementación efectiva de la salud comunitaria.

² Se dispone del archivo Excel con el volcado de la información de los grupos y la categorización correspondiente.

- Falta de apoyo y priorización institucional de la salud comunitaria: Con una media de 8,1 y una mediana de 8,1, esta barrera subraya la necesidad de mayor respaldo institucional para priorizar acciones en este ámbito.
- Sobrecarga asistencial y falta de tiempo específico: Esta barrera, con una media de 8,3 y una mediana de 8,2, destaca la presión asistencial y la falta de tiempo como factores que limitan la posibilidad de integrar acciones comunitarias en el trabajo diario.

2. Barreras relacionadas con aspectos organizativos y materiales:

- Carencia de recursos materiales, espacios físicos y presupuesto: Aunque obtuvo una media menor (6,2), refleja una preocupación relevante, con puntuaciones más dispersas (DE = 1,3).
- Deficiencias en sistemas de registro y protocolos organizativos: Con una media de 7,4 y una mediana similar, indica que las limitaciones en los sistemas organizativos también afectan la eficacia del trabajo comunitario.

3. Aspectos formativos y de conocimiento:

- Déficit de formación y conocimientos en salud comunitaria: Con una media de 8,1, se identifica como una barrera importante, lo que señala la necesidad de fortalecer la formación específica de los profesionales en este ámbito.
- Desconocimiento de recursos y activos comunitarios disponibles: Esta barrera tiene una media de 7,7 y evidencia la falta de información sobre los recursos comunitarios como un obstáculo recurrente.

4. Barreras relacionadas con actitudes y modelos de atención:

- Resistencia al cambio y desmotivación profesional: Con una media de 7,5 y una mediana de 7,5, esta barrera refleja las dificultades asociadas a cambios en la cultura organizativa.
- Predominio del modelo biomédico tradicional sobre el comunitario: Aunque la media es de 7,2, tiene un P75 elevado (8,4), lo que sugiere que para algunos profesionales esta es una limitación significativa.

Si analizamos los datos de la desviación estándar existe dispersión en algunas de las puntuaciones. Algunas barreras, como la carencia de recursos materiales y la inestabilidad del personal, presentan mayor dispersión ($DE = 1,3$ y $1,2$ respectivamente), lo que indica diferencias en cómo los participantes perciben su impacto.

Por otro lado, entre las barreras de menor consenso se encuentran, las limitaciones en autonomía organizativa que tienen valores más homogéneos, pero con puntuaciones algo menores ($media = 7,3$).

Este análisis evidencia que los factores estructurales, como la insuficiencia de recursos y la sobrecarga asistencial, junto con la falta de apoyo institucional y formación, son los mayores desafíos percibidos por los profesionales para implementar la salud comunitaria de forma efectiva.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las barreras internas identificadas

Categoría	Suma Valores	Nº votos contabilizados	Media	Mediana	P75	DE
Insuficiencia de recursos humanos y profesionales	743,5	89	8,4	8,3	8,5	0,5
Sobrecarga asistencial y falta de tiempo específico	1506	182	8,3	8,2	8,8	0,6
Falta de apoyo y priorización institucional de la salud comunitaria	1538	189	8,1	8,1	8,5	0,6
Déficit de formación y conocimientos en salud comunitaria	767	95	8,1	8,0	8,6	0,5
Inestabilidad y alta rotación del personal	477	61	7,8	8,1	8,5	1,2
Carencia de perfiles profesionales específicos necesarios	433	56	7,7	8,1	8,2	1,0
Desconocimiento de recursos y activos comunitarios disponibles	417	54	7,7	7,7	7,9	0,5
Deficiencias en el trabajo en equipo y comunicación interprofesional	890,5	118	7,5	7,7	7,9	0,6
Falta de espacios físicos y materiales para realizar las actividades comunitarias	90	12	7,5	7,5	7,5	nan
Resistencia al cambio y desmotivación profesional	650	87	7,5	7,5	8,3	1,0
Deficiencias en sistemas de registro y protocolos organizativos	327	44	7,4	7,4	7,7	0,5
Limitaciones en la autonomía organizativa y de gestión	88	12	7,3	7,3	7,3	nan
Predominio del modelo biomédico tradicional sobre el comunitario	311	43	7,2	7,0	8,4	1,8
Carencia de recursos materiales espacios físicos y presupuesto	377	61	6,2	6,3	7,0	1,3

Barreras externas

Las barreras externas se analizaron y agruparon en 11 categorías principales, unificando conceptos similares³. Las categorías resultantes fueron:

1. Concienciación y cultura de salud
2. Relación con Instituciones
3. Participación ciudadana
4. Barreras geográficas y de acceso
5. Barreras socioeconómicas
6. Características demográficas
7. Barreras organizativas
8. Barreras político-administrativas
9. Recursos y capacidad institucional
10. Coordinación intersectorial
11. Comunicación y difusión

El análisis de las barreras externas identificadas por los participantes reflejó los principales factores externos que obstaculizan el desarrollo de la salud comunitaria.

A continuación, se destacan las barreras más relevantes según los estadísticos calculados y disponibles en la tabla 4:

1. **Categorías más críticas (puntuaciones más altas en media y mediana):**

- Concienciación y Cultura de Salud: Esta categoría lidera en importancia, con una media de 8,3 y una mediana de 8,5. Esto indica que los participantes perciben que la falta de conciencia y una cultura sólida de salud comunitaria es una de las barreras más significativas.
- Barreras Organizativas: También alcanza una media de 8,3, destacando la necesidad de abordar problemas estructurales que dificultan la implementación de estrategias comunitarias.

³ Se dispone del archivo Excel con el volcado de la información de los grupos y la categorización correspondiente.

- Participación Ciudadana: Con una media de 8,1, esta barrera señala que la limitada implicación de la ciudadanía en las estrategias de salud es un reto considerable.

2. **Barreras relacionadas con la interacción institucional y la comunicación:**

- Relación con Instituciones: Aunque tiene una menor cantidad de votantes (23), presenta una media alta de 8,0 y un Percentil 75 elevado (9,5), reflejando su relevancia en casos concretos.
- Comunicación y Difusión: Con una media de 7,9 y una mediana de 8, esta barrera destaca la necesidad de mejorar la transmisión de información y el acceso a mensajes clave para la población.

3. **Factores intersectoriales y políticos:**

- Coordinación Intersectorial: Con una media de 7,7 y un Percentil 75 de 9, esta categoría resalta la importancia de mejorar la colaboración entre sectores para garantizar la efectividad de las acciones comunitarias.
- Barreras Político-administrativas: Con una media de 7,7, apunta a obstáculos asociados a la regulación y el marco político que dificultan el avance de iniciativas comunitarias.

4. **Factores geográficos, demográficos y socioeconómicos:**

- Barreras Geográficas y de Acceso: Con una media de 7,7, esta barrera subraya las dificultades asociadas al acceso físico a servicios y recursos comunitarios, especialmente en zonas rurales o aisladas.
- Características Demográficas y Barreras Socioeconómicas: Ambas categorías tienen una media de 7,2, destacando factores como el envejecimiento de la población o desigualdades económicas que afectan el desarrollo de estrategias de salud.

5. **Capacidades y recursos institucionales:**

- Recursos y Capacidad Institucional: Aunque tiene una media más baja (7,3), muestra una alta dispersión ($DE = 2,0$), indicando que es percibida de manera desigual entre los participantes.

En general, los resultados mostraron diversidad en las percepciones. Las categorías relacionadas con recursos y barreras socioeconómicas presentan mayor dispersión ($DE = 2,0$), reflejando diferencias significativas en la percepción de su impacto entre los participantes. Por el contrario, las barreras relacionadas con la concienciación, la participación ciudadana y la coordinación intersectorial tienen una menor dispersión, indicando un acuerdo más amplio sobre su relevancia.

Estos resultados resaltan que, aunque existen factores externos comunes que afectan a la salud comunitaria, las percepciones sobre su impacto pueden variar según el contexto local y los actores involucrados.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las barreras externas identificadas

Categorías	Suma Valores	Nº Votos	Media	Mediana	Percentil 75	Desviación Estándar
Concienciación y cultura de salud	1467,5	176	8,3	8,5	9	1,4
Barreras organizativas	580	70	8,3	8	9	1,3
Participación ciudadana	544	67	8,1	8	9	1,6
Relación con instituciones	183	23	8,0	8	9,5	1,8
Comunicación y difusión	237	30	7,9	8	9	1,8
Coordinación intersectorial	665	86	7,7	8	9	1,7
Barreras político-administrativas	502,5	65	7,7	8	9	1,6
Barreras geográficas y de acceso	827	107	7,7	8	9	1,6
Recursos y capacidad institucional	741	102	7,3	8	9	2,0
Características demográficas	597	83	7,2	7	8	1,8
Barreras socioeconómicas	544	76	7,2	7	9	2,0

Líneas de acción

A continuación, se muestran las líneas de acción propuesta en cada grupo de trabajo para los diferentes objetivos específicos integrados en la estrategia. De la misma forma, se recoge la valoración y priorización de las líneas de acción propuestas para los 20 objetivos específicos establecidos en el marco de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía (ESCA). Estas acciones han sido discutidas y evaluadas en dos etapas clave: primero en los grupos de trabajo, donde se generaron las propuestas iniciales, y posteriormente en el plenario, donde se debatieron y priorizaron aquellas consideradas más relevantes.

El análisis comparativo entre ambas etapas permite identificar no solo las acciones de mayor consenso, sino también aquellas que presentan discrepancias en su valoración, proporcionando una visión integral de las prioridades estratégicas para cada objetivo específico. Además, este proceso busca garantizar que las acciones seleccionadas sean no solo relevantes y de alto impacto, sino también viables en el contexto operativo y organizativo actual.

A través de este enfoque participativo y basado en evidencias, se pretende establecer una hoja de ruta clara y consensuada que permita avanzar en la implementación de la ESCA, con especial atención a la efectividad, sostenibilidad y equidad en el desarrollo de las acciones propuestas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1. GESTIÓN

La priorización de la salud comunitaria en todos los niveles de gestión del SSPA y en todos los procesos de planificación del mismo es uno de los mecanismos para asegurar el desarrollo de la salud comunitaria por eso el objetivo de esta línea es reforzar la salud comunitaria en la gestión y planificación en el SSPA.

OE 1.1 Desarrollar e implantar los tres niveles de orientación Comunitaria en la cartera de servicios de APYC

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 1.1 refleja un fuerte consenso sobre la importancia de integrar actividades comunitarias en las estructuras operativas y administrativas del sistema sanitario destacando la actualización de carteras de servicios, la integración en acuerdos de gestión y la optimización de agendas y sistemas de registro. Las

diferencias entre el grupo de trabajo y el plenario son mínimas, lo que sugiere una alineación estratégica sólida.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y consenso:

- "Actualizar la cartera de servicios para cada categoría profesional reflejando las actividades de los tres niveles de salud comunitaria": Con una valoración de 8,9 en el grupo y 8,3 en el plenario, esta acción resalta la importancia de formalizar las actividades comunitarias dentro de las funciones profesionales.
- "Incluir actividades de los tres niveles de orientación comunitaria en los acuerdos de gestión de los Distritos y centros de salud": Consistentemente valorada (8,8 en el grupo y 8,4 en el plenario), subraya la necesidad de institucionalizar estas actividades para garantizar su ejecución y seguimiento.

2. Acciones relacionadas con la organización de recursos:

- "Adecuar las agendas para el desarrollo e implantación de actividades comunitarias": Esta acción recibió una valoración más alta en el plenario (9,2) que en el grupo de trabajo (8,7), reflejando su reconocimiento como una medida clave para facilitar la implementación práctica de las actividades.
- "Unificar los sistemas de registro de las acciones comunitarias": Con una valoración de 8,7 en el plenario frente a 8,2 en el grupo, destaca como una acción prioritaria para mejorar la gestión de datos y la coordinación interprofesional.

3. Acción con diferencias mínimas:

- "Impulsar la formación de profesionales en salud comunitaria": Esta acción muestra una alta valoración en ambos contextos (8,4 en el grupo y 8,5 en el plenario), evidenciando un consenso sobre la necesidad de desarrollar competencias específicas en este ámbito.

Tabla 5. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 1.1 entre el grupo de trabajo 7 y plenario

Acción	Media votación	Media Votación Plenario	Diferencia
--------	-------------------	-------------------------------	------------

	grupo trabajo		
Actualizar la cartera de servicios para cada categoría profesional reflejando las actividades de los tres niveles de salud comunitaria	8,9	8,3	0,5
Incluir actividades de los tres niveles de orientación comunitaria en los acuerdos de gestión de los Distritos y centros de salud	8,8	8,4	0,4
Adecuar las agendas para el desarrollo e implantación de actividades comunitarias	8,7	9,2	-0,6
Impulsar la formación de profesionales en salud comunitaria	8,4	8,5	-0,1
Unificar los sistemas de registro de las acciones comunitarias	8,2	8,7	-0,5

OE 1.2 Incluir en contrato programa y en los acuerdos de gestión clínica objetivos relativos al desarrollo de los 3 niveles

La tabla refleja la comparación entre las valoraciones del Grupo de Trabajo 1 y el plenario para las líneas de acción más priorizadas relacionadas con el Objetivo Específico 1.2. En el plenario solo se discutieron las acciones seleccionadas como prioritarias por el grupo de trabajo, lo que limita la comparación exclusivamente a estas propuestas.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración en ambos contextos:
 - "Sensibilizar a los equipos directivos de la importancia de la salud comunitaria": Esta acción destacó con puntuaciones elevadas tanto en el grupo (9,1) como en el plenario (8,0), mostrando un consenso general sobre su relevancia.
2. Acciones con mayor variabilidad entre contextos:

- "Dar cobertura normativa a la Estrategia de Salud Comunitaria": A pesar de ser una de las más priorizadas en el grupo (9,1), su valoración disminuyó considerablemente en el plenario (7,3). Esto podría reflejar preocupaciones sobre la factibilidad o su coherencia con el marco político actual.
- "Fortalecer la estructura de salud comunitaria en los servicios centrales del SAS": Con una diferencia de 1,5 puntos entre el grupo (8,7) y el plenario (7,2), esta acción también evidencia cierta discrepancia en su percepción entre ambos contextos.

Tabla 6. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 1.2 entre el grupo de trabajo 1 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Sensibilizar a los equipos directivos de la importancia de la salud comunitaria. Las estrategias de salud comunitaria mejoran la salud integral y el bienestar de la población a nivel general, disminuyendo el gasto sanitario y la demanda.	9,1	8,0	1,0
Dar cobertura normativa a la Estrategia de Salud Comunitaria mediante acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía.	9,1	7,3	1,7
Fortalecer la estructura de salud comunitaria en los servicios centrales del SAS.	8,7	7,2	1,5
Generar evidencia y difundir los resultados de las actividades realizadas en salud comunitaria a medio y largo plazo.	8,5	7,7	0,8
Formar e informar a los equipos directivos sobre la cartera de servicios de los profesionales implicados en salud comunitaria.	8,5	7,5	1,0
Dar a conocer la inclusión de los tres niveles de salud comunitaria en los centros sanitarios.	8,4		
Elaborar y dar a conocer documentos actualizados que justifiquen la rentabilidad de invertir en salud comunitaria.	8,3		

Crear estructuras de gobernanza intersectorial para valorar la importancia y el impacto de la salud comunitaria.	8,0		
Dar a conocer objetivos de salud comunitaria basados en diagnósticos poblacionales.	7,6		

OE 1.3 Comprometer a los cargos directivos con la ejecución de los tres niveles de orientación comunitaria en su ámbito de ges

La Valoración Comparativa de las Líneas de Acción para el OE 1.3 refleja un claro consenso sobre la importancia de comprometer a los cargos directivos en la ejecución de los niveles de orientación comunitaria, aunque con diferencias significativas entre las valoraciones realizadas en el grupo de trabajo y el plenario.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta prioridad, pero mayor discrepancia:
 - "Incluir algunos objetivos obligatorios de CP/AGC relacionados con la salud comunitaria": Esta acción, con una media de 9,1 en el grupo de trabajo y 7,1 en el plenario, refleja la percepción de relevancia estratégica, aunque parece generar dudas sobre su aplicabilidad o impacto práctico.
 - "Reactivar o reforzar los espacios de participación ciudadana": Con una diferencia de 1,8 puntos (8,9 en el grupo y 7,2 en el plenario), esta acción destaca por su importancia percibida, pero podría enfrentar barreras relacionadas con recursos o implementación.
2. Acciones enfocadas en involucrar y sensibilizar a directivos:
 - "Sensibilizar y concienciar a directivos sobre los beneficios de las actividades de salud comunitaria": Aunque valorada como importante (8,6 en el grupo y 7,4 en el plenario), esta acción requiere esfuerzos sostenidos para asegurar la implicación activa de los directivos.

- "Involucrar a cargos directivos en planificación y toma de decisiones relacionadas con proyectos de salud comunitaria": Con una media de 8,2 en el grupo y 7,0 en el plenario, sugiere que la percepción de relevancia es alta, aunque podrían existir barreras para su implementación.

Tabla 7. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 1.3 entre el grupo de trabajo 1 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Sensibilizar y concienciar a directivos sobre los beneficios de las actividades de salud comunitaria.	8,6	7,4	1,3
Reactivar o reforzar los espacios de participación ciudadana (mesas de participación, comisiones de participación, planes, consejo de salud...).	8,9	7,2	1,8
Incluir algunos objetivos obligatorios de CP/AGC relacionados con la salud comunitaria.	9,1	7,1	1,9
Involucrar a cargos directivos en planificación y tomas de decisiones relacionadas con proyectos de salud comunitaria para que no se consideren impuestos.	8,2	7,0	1,3
Elaboración o actualización de herramientas de evaluación de las actividades comunitarias desarrolladas mediante la creación de indicadores y estándares de buenas prácticas.	8,0	7,0	1,0
Dar mayor ponderación a los objetivos de CP/AGC relacionados con salud comunitaria.	9,1		
Incluir en los acuerdos de gestión individuales de los cargos intermedios la creación de un equipo de trabajo multidisciplinar de profesionales formados en salud comunitaria para desarrollar la estrategia en su ámbito.	8,9		
Contar con profesionales sensibles y formados en salud comunitaria en los equipos de trabajo.	8,7		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Realizar formación obligatoria a los equipos directivos en temas relacionados con la salud comunitaria.	8,7		

OE 1.4 Optimizar los recursos financieros y humanos para potenciar los tres niveles de orientación comunitaria en la APyC

La Valoración Comparativa de las Líneas de Acción para el OE 1.4 evidencia la importancia de definir roles claros, dimensionar recursos y mejorar la coordinación en los equipos de atención primaria y comunitaria. Aunque la mayoría de las acciones reflejan consenso en el grupo de trabajo y el plenario, hay ligeras discrepancias en algunas propuestas clave.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con mayor prioridad y consenso:
 - "Definir claramente qué profesionales se van a dedicar a la Intervención Comunitaria en cada nivel": Con una media de 8,5 en el grupo de trabajo y 7,9 en el plenario, esta acción es percibida como fundamental para estructurar las funciones y responsabilidades de los profesionales.
 - "Identificar las necesidades que tiene la población": Única acción con una valoración ligeramente mayor en el plenario (8,3) que en el grupo de trabajo (8,2), destacando su importancia para orientar las intervenciones comunitarias de manera efectiva.
2. Acciones relacionadas con recursos y coordinación:
 - "Más integración de profesionales de Comunitaria dentro del equipo de atención primaria": Con una media de 8,3 en el grupo y 7,4 en el plenario, refleja la necesidad de reforzar la coordinación dentro de los equipos, aunque su implementación parece enfrentar ciertas barreras prácticas.

- "Dimensionar claramente cuáles son las necesidades de profesionales para los tres niveles de acción": Valorada con 8,2 en el grupo y 7,5 en el plenario, esta acción pone de relieve la importancia de una planificación precisa de los recursos humanos.

Tabla 8. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 1.4 entre el grupo de trabajo 2 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Definir claramente qué profesionales se van a dedicar a la Intervención Comunitaria en cada nivel (además de lo asistencial también reservar espacio a la comunitaria): funciones y cartera de servicios. Establecimiento claro de funciones de cada categoría que trabajan en salud comunitaria	8,5	7,9	0,7
Más integración de profesionales de Comunitaria dentro del equipo de atención primaria, con más coordinación efectiva entre ellos.	8,3	7,4	0,9
Dimensionar claramente cuáles son las necesidades de profesionales para los tres niveles de acción.	8,2	7,5	0,7
Mejorar la formación de los profesionales	8,2		
Identificar las necesidades que tiene la población.	8,2	8,3	-0,1
Mantener actualizados los activos en salud.	8,1		
Dotar de más recursos humanos, más profesionales	8,1	7,6	0,5
Premiar a las personas que se dedican a la Comunitaria (mediante incentivos económicos o no)	7,5		
Estabilidad en el empleo para dar continuidad	7,4		
Adaptación de las agendas: añadir horas de acción comunitaria, sesiones de continuidad asistencial destinadas a ello, etc.	7,2		
Referente en cada centro de Salud Comunitaria	7,1		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Reducir gastos y destinar recursos para este programa. Optimizar la eficiencia de los recursos	6,7		
Divulgación de la gestión de recursos de Acción comunitaria.	6,5		
Respaldo legal e institucional para dejar de hacer cosas que no tienen impacto positivo en la salud de la población.	6,5		

OE 1.5 Actualizar los sistemas de registro de los distintos niveles de salud comunitaria.

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 1.5 pone de manifiesto la importancia de los sistemas de registro y la gestión de activos de salud como elementos clave para avanzar en la salud comunitaria. Se resalta la importancia de un sistema de registro optimizado y accesible, acompañado de formación para los profesionales y una participación activa de la ciudadanía. La mayoría de las acciones reflejan consenso entre el grupo de trabajo y el plenario, con algunas diferencias leves en las valoraciones.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta prioridad y consenso:
 - "Identificar activos de salud de la comunidad": Con una media de 8,7 en el grupo de trabajo y 8,3 en el plenario, esta acción es percibida como fundamental para consolidar un registro accesible y actualizado de los recursos comunitarios.
 - "Formación del sistema de registro": Aunque presenta una ligera diferencia (8,4 en el grupo y 7,9 en el plenario), esta acción destaca por la necesidad de capacitar a los profesionales en el uso de sistemas de registro existentes.
2. Acciones relacionadas con la integración tecnológica:
 - "Incluir prescripción de activos en salud en la Hª Clínica": Valorada de manera consistente en ambos contextos (8,2 en el grupo y 7,9 en el plenario), resalta la

importancia de integrar los activos comunitarios en herramientas tecnológicas ya existentes como Diraya.

- "Registro único: simplificar y unificar": Con una media de 8,1 en el grupo y 7,9 en el plenario, esta acción refleja un consenso general sobre la necesidad de optimizar los procesos de registro.

Tabla 9. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 1.5 entre el grupo de trabajo 2 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Identificar activos de salud de la comunidad: que estén registrados, actualizados y difundidos	8,7	8,3	0,4
Formación del sistema de registro: Cuando hay sistemas de registro que haya formación para acceder esos registros	8,4	7,9	0,5
Incluir prescripción de activos en salud en la Hª Clínica: con el listado de activos de salud actualizado	8,2	7,9	0,4
Registro único: simplificar y unificar y registrar solo lo importante.	8,1	7,9	0,2
Diraya efectivo y accesible: actualización de la herramienta tecnológica de la que disponemos, gestor de informes, botón rojo, etc.	8,1		
Técnicos de educación de la salud no tienen acceso a Diraya, tendría que haber un registro para registrar sus actuaciones comunitarias.	7,8		
Hacer partícipe a la ciudadanía para la actualización de los activos: ciudadanos como agentes que localizan activos. Captación activa de la población.	7,7		
Que el sistema de registro facilite un feedback a los profesionales.	7,5		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Desarrollar aplicación(es) móvil para determinados grupos de edad para buscar recursos o acceder a información (ej. Clic salud). Facilitar nuevas tecnologías para actualizar los grupos de riesgo	7,3		

LÍNEA ESTRATÉGICA 2. NIVELES DE ORIENTACIÓN

El abordaje de la salud comunitaria en tres niveles le otorga una fuerza que se materializa en el bienestar integral de los individuos y la salud colectiva de las comunidades, siendo estos los resultados del sumatorio de esfuerzos que se realizan desde la consulta, el centro de salud y el entorno comunitario; por lo tanto el objetivo de esta línea es fortalecer los tres niveles de la orientación comunitaria en atención primaria dentro del SSPA.

OE 2.1 Disponer en cada centro de información actualizada y validada sobre los distintos niveles de salud comunitaria

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 2.1 destaca la importancia de mejorar la colaboración multidisciplinar, la difusión del conocimiento y la estructura organizativa para fortalecer la salud comunitaria. Aunque las valoraciones del grupo de trabajo fueron generalmente más altas, las diferencias entre ambos contextos reflejan aspectos clave para ajustar las prioridades estratégicas.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración, pero mayor discrepancia:
 - "Elaboración de píldoras informativas para la difusión de conocimiento": Con una media de 9,2 en el grupo de trabajo y 7,1 en el plenario, presenta la mayor diferencia (2,1 puntos). Esto podría deberse a debates sobre su aplicabilidad o alcance práctico.
 - "Elaboración de un protocolo para el trabajo comunitario": También muestra una diferencia significativa (9,1 en el grupo y 7,3 en el plenario), lo que sugiere la necesidad de evaluar su viabilidad en contextos locales.
2. Acciones con consenso más sólido:
 - "Creación de equipos multidisciplinarios para el trabajo comunitario en los centros": Con una media de 8,7 en el grupo y 8,1 en el plenario, mantiene una valoración alta y refleja su relevancia como acción prioritaria.
 - "Creación de mapas de activos periódicamente actualizados": Con una diferencia moderada (8,8 en el grupo y 7,6 en el plenario), esta acción destaca la necesidad de integrar a profesionales, asociaciones y ciudadanía en la gestión de activos comunitarios.

Tabla 10. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 2.1 entre el grupo de trabajo 3 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Reuniones de equipo multidisciplinar para compartir acciones, recursos, buenas prácticas, ...	9,2	7,8	1,4
Elaboración de píldoras informativas para la difusión de conocimiento en todos los niveles de orientación comunitaria	9,2	7,1	2,1
Elaboración de un protocolo para el trabajo comunitario.	9,1	7,3	1,8
Creación de mapas de activos periódicamente actualizados con la participación de profesionales, asociaciones y ciudadanía.	8,8	7,6	1,2
Creación de equipos multidisciplinarios para el trabajo comunitario en los centros.	8,7	8,1	0,6
Estructura definida de comunicación	8,7		
Actividades de investigación social de necesidades para realizar análisis de situación	8,7		
Actividades formativas dirigidas a los equipos de Salud Comunitaria sobre recursos para la salud comunitaria.	8,4		
Designación de un profesional responsable en cada centro de canalizar la comunicación en relación a la Salud Comunitaria.	8,4		
Creación de espacio físico y /o virtual para agrupe toda la información sobre Salud Comunitaria dirigida a profesionales.	8,2		
Actividades formativas para el desarrollo trabajo comunitario y las competencias de los diferentes perfiles profesionales implicados.	8,1		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Herramienta de comunicación eficaz (¿WhatsApp?) para la transmisión de información y recursos comunitarios entre profesionales.	8,0		
Incorporación de Técnico de Educación para la Salud en los equipos de Salud Comunitaria para aportar información clara de objetivos realistas a conseguir en un plazo determinado y los recursos disponibles para conseguirlos.	7,9		
Incorporación de los mapas de activos en los sistemas informáticos.	7,7		

OE 2.2 Fortalecer el nivel individual y familiar de orientación comunitaria.

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 2.2 refleja el consenso sobre la importancia de iniciativas participativas y la coordinación multidisciplinar para abordar las necesidades de salud comunitaria.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones altamente valoradas y con diferencias moderadas:
 - "Creación en las agendas de franja horaria para el desarrollo de trabajo comunitario": Con una diferencia de 0,7 puntos (8,6 en el grupo y 7,9 en el plenario), esta acción destaca como un paso práctico para dar espacio al trabajo comunitario.
 - "Campañas de sensibilización dirigidas a la comunidad sobre la responsabilidad individual sobre la propia salud": Con una diferencia de 1,2 puntos (8,6 en el grupo y 7,4 en el plenario), refleja una percepción de relevancia, aunque con dudas sobre su impacto práctico.
2. Acciones con diferencias significativas:
 - "Creación de Escuela de Pacientes con orientación comunitaria": Presenta una diferencia de 1,4 puntos (8,5 en el grupo y 7,1 en el plenario), lo que podría señalar preocupaciones sobre su viabilidad.
 - "Actividades formativas periódicas y basadas en casos reales dirigidas a profesionales": Aunque valorada como importante (8,4 en el grupo y 7,1 en el plenario), su diferencia de 1,3 puntos indica la necesidad de mayor alineación sobre su implementación.
3. Acciones menos priorizadas:
 - "Investigación biopsicosocial orientada a visibilizar las ventajas del trabajo comunitario": Con la valoración más baja (7,6 en el grupo y 7,0 en el plenario), sugiere un menor consenso sobre su relevancia inmediata o viabilidad.

Tabla 11. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 2.2 entre el grupo de trabajo 3 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Elaboración de diagnóstico participativo de salud que identifique las necesidades de salud de la comunidad.	8,7		8,7
Creación en las agendas de franja horaria para el desarrollo de trabajo comunitario.	8,6	7,9	0,7
Campañas de sensibilización dirigidas a la comunidad sobre la responsabilidad individual sobre la propia salud.	8,6	7,4	1,2
Adaptación de campañas de captación activa a los diferentes contextos geográficos.	8,6		8,6
Creación de Escuela de Pacientes con orientación comunitaria	8,5	7,1	1,4
Actividades formativas periódicas y basadas en casos reales dirigida a profesionales sobre el trabajo comunitario	8,4	7,1	1,3
Coordinación de los Equipos Interdisciplinarios de SC / Comisión coordinadores SC con entidades y recursos locales.	8,4		8,4
Actividades coordinadas con otras entidades (Ayuntamientos, centros educativos,...) sobre salud sexual, adicciones,... basado en el diagnóstico comunitario.	8,3		8,3
Constitución de Comisión coordinadora del trabajo comunitario en cada centro	8,2		8,2
Creación de redes locales que impliquen a las diferentes entidades y que compartan espacios para el desarrollo de actividades comunitarias	8,1		8,1
Intervenciones dirigidas a población general orientadas a reducir la brecha digital adaptadas al territorio	8,1		8,1

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Investigación biopsicosocial orientada a visibilizar las ventajas del trabajo comunitario centrado en las causas de las causas	7,6	7,0	0,7

OE 2.3 Potenciar el abordaje grupal con enfoque de determinantes sociales de la salud.

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 2.3 destaca la relevancia de las actividades grupales y el enfoque en determinantes sociales de la salud. El análisis evidencia una preferencia por acciones que integren planificación estratégica, recursos específicos y actividades grupales orientadas a necesidades identificadas. Sin embargo, las diferencias en la valoración de ciertas acciones entre el grupo de trabajo y el plenario resaltan la necesidad de ajustar prioridades según su factibilidad.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y diferencias significativas:
 - "Identificar bien a los grupos a los que nos queremos dirigir": Esta acción tiene una alta valoración en el grupo de trabajo (9,2) pero desciende en el plenario (7,7), con una diferencia de 1,5 puntos, lo que podría reflejar desafíos en su planificación o viabilidad.
 - "Identificar los determinantes en salud más demandados en nuestra zona de influencia": Con una diferencia de 1,6 puntos (9,1 en el grupo y 7,5 en el plenario), esta acción subraya la necesidad de focalizar los esfuerzos en necesidades locales.
2. Acciones relacionadas con recursos y espacios:
 - "Facilitar espacios, tiempo de agenda, recursos y circuitos bien definidos para actividades grupales": Valorada de manera consistente (8,6 en el grupo y 8,0 en el plenario), destaca como una prioridad para apoyar el trabajo grupal en salud comunitaria.
 - "Realizar sesiones grupales en población adolescente sobre métodos anticonceptivos e ITS": Aunque relevante (8,6 en el grupo y 7,4 en el plenario), su diferencia de 1,2 puntos refleja cierta variabilidad en la percepción de su importancia.

Tabla 12. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 2.3 entre el grupo de trabajo 4 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Identificar bien a los grupos a los que nos queremos dirigir, tener claros los objetivos que queremos conseguir, usando espacios profesionales para planificar actividades específicas (sesiones clínicas, formación...).	9,2	7,7	1,5
Identificar los determinantes en salud más demandados en nuestra zona de influencia y tener un cronograma y referente para impartirlos.	9,1	7,5	1,6
Formación obligatoria en determinantes de la salud dentro del horario laboral para su identificación en la práctica.	9,0		
Facilitar los espacios, tiempo de agenda, recursos y circuitos bien definidos para actividades grupales.	8,6	8,0	0,6
Realizar sesiones grupales en población adolescente sobre uso de métodos anticonceptivos y prevención de ITS, identificando previamente con ellos sus necesidades.	8,6	7,4	1,2
Realizar talleres de hábitos saludables en los colegios, dirigidos a problemas concretos, que se hayan identificado previamente, de forma cooperativa entre centros educativos, enfermeras referentes y equipos de salud.	8,3		
Buscar referentes en el equipo multidisciplinar y contacto con los activos en salud.	8,3		
Monitorizar y evaluar las actividades grupales a través de indicadores.	8,2		
Fomentar la participación ciudadana como docente para actividades grupales, incorporándolos en el desarrollo de las actividades.	8,1		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Implicar a distintas categorías profesionales dentro del abordaje grupal.	8,1		
Realizar actividades intergeneracionales dirigidas a la soledad no deseada tanto de mayores como de adolescentes.	8,1		
Realizar sesiones o intervenciones en grupos como, por ejemplo, con étnica gitana y población inmigrante según la necesidad de cada grupo.	7,6		

OE 2.4 Facilitar el desarrollo del nivel comunitario en el territorio de adscripción.

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 2.4 destaca la relevancia de la comunicación y la colaboración con agentes locales para fortalecer la salud comunitaria. Las acciones valoradas reflejan un enfoque estratégico en la comunicación bidireccional y la colaboración con agentes locales, aunque las diferencias entre el grupo de trabajo y el plenario subrayan la necesidad de priorizar acciones de alto impacto y factibilidad. La integración de recursos deportivos y catálogos de buenas prácticas también aparece como áreas relevantes para potenciar la salud comunitaria.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y diferencias moderadas:
 - "Crear una red de comunicación para que llegue a la ciudadanía": Con una diferencia de 1,1 puntos (9,0 en el grupo y 7,9 en el plenario), esta acción resalta la importancia de mejorar la conexión entre los sistemas de salud y la población.
 - "Difusión de la información bidireccional utilizando medios de comunicación locales y recursos digitales": Esta acción obtuvo una diferencia de 0,7 puntos (8,7 en el grupo y 7,9 en el plenario), destacando su potencial para promover una interacción efectiva entre los servicios de salud y la ciudadanía mediante herramientas accesibles y participativas.
 - "Realizar un catálogo de buenas prácticas en salud comunitaria con intercambio de experiencias de otros centros": La diferencia de 1,2 puntos (8,6 en el grupo y 7,4 en el plenario) podría reflejar dudas sobre la viabilidad de su implementación.
 - "Diseñar un catálogo de recursos deportivos de la zona para poder aconsejar actividades físicas": Con una diferencia de 1,3 puntos (8,4 en el grupo y 7,1 en el plenario), esta acción pone de manifiesto el interés en promover la actividad física desde un enfoque comunitario.
2. Acciones relacionadas con agentes locales:
 - "Invitar a los agentes locales a los centros para que cuenten lo que hacen": Esta acción tiene una valoración consistente (8,5 en el grupo y 7,6 en el plenario), lo que refleja su relevancia en la promoción de iniciativas colaborativas.

Tabla 13. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 2.4 entre el grupo de trabajo 4 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Crear una red de comunicación para que llegue a la ciudadanía.	9,0	7,9	1,1
Difusión de la información bidireccional utilizando medios de comunicación locales y recursos digitales.	8,7	7,9	0,7
Realizar un catálogo de buenas prácticas en salud comunitaria con intercambio de experiencias de otros centros.	8,6	7,4	1,2
Invitar a los agentes locales a los centros para que cuenten lo que hacen.	8,5	7,6	0,9
Diseñar un catálogo de recursos deportivos de la zona para poder aconsejar actividades físicas.	8,4	7,1	1,3
Aproximación de los profesionales sanitarios en el ámbito educativo para identificar y diseñar actividades para la resolución de dudas.	8,3		
Realización de ferias o encuentros de salud intersectoriales, además de los consejos de salud.	8,3		
Crear espacios de consulta coordinados con el resto de agentes implicados.	8,1		
Usar los recursos municipales y reunirse con los agentes locales para el diseño de actividades conjuntas.	7,9		

LÍNEA ESTRATÉGICA 3. FORMACIÓN

Para mejorar la práctica profesional y fomentar una cultura de salud comunitaria que involucre a todos los sectores relacionados con el bienestar de la comunidad es necesario promover la formación y desarrollo de competencias en salud comunitaria que incluyan los tres niveles y dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de la APyC así como otros colectivos que intervienen en la comunidad; por lo tanto el objetivo de esta línea es fortalecer el conocimiento sobre salud comunitaria entre todos los profesionales de APyC y otros colectivos implicados.

OE 3.1 Crear, desarrollar y ofertar un itinerario formativo de calidad en salud comunitaria

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 3.1 subraya la relevancia de la formación en salud comunitaria, destacando tanto la interdisciplinariedad como la integración de esta temática en los programas de formación existentes (tanto de residentes como de formación continuada). Las diferencias entre el grupo de trabajo y el plenario son mínimas, lo que refleja un consenso general sobre las propuestas.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y diferencias leves:
 - "Incluir en los programas de formación a residentes de medicina y enfermería": Esta acción obtuvo una media de 8,3 en el grupo y 8,0 en el plenario, reflejando su relevancia para incorporar la salud comunitaria en las etapas iniciales de la carrera profesional.
 - "Fidelizar profesionales con formación, liderazgo": Sorprendentemente, fue mejor valorada en el plenario (8,4) que en el grupo de trabajo (8,2), destacando su relevancia como una estrategia clave para retener talento formado.
 - "Incluir en planes formativos de MIR pasar por Trabajo Social y Técnico de Educación para la Salud": Aunque ligeramente mejor valorada en el plenario (8,2 frente a 7,9 en el grupo), esta propuesta sugiere un interés por enriquecer los programas de formación mediante la inclusión de perspectivas interdisciplinarias.
2. Acciones relacionadas con trabajo en equipo y priorización de formación:

- "Formación interdisciplinar para facilitar el trabajo en equipo": Consistentemente valorada (7,9 en el grupo y 8,0 en el plenario), subraya la necesidad de fomentar la colaboración interprofesional como una herramienta clave para implementar estrategias comunitarias.
- "Responsables de formación que prioricen la formación en salud comunitaria": Con una ligera mejora en el plenario (8,0 frente a 7,8 en el grupo), refleja la importancia de garantizar que la salud comunitaria sea una prioridad en los planes formativos.

Tabla 14. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 3.1 entre el grupo de trabajo 5 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Incluir en los programas de formación a residentes de medicina y enfermería	8,3	8,0	0,3
Fidelizar profesionales con formación, liderazgo	8,2	8,4	-0,2
Incluir en planes formativos de MIR pasar por Trabajo social y Técnico de Educación para la Salud	7,9	8,2	-0,2
Formación interdisciplinar para facilitar el trabajo en equipo	7,9	8,0	-0,1
Diseñar actividades formativas del plan de formación interna, a partir de la evaluación de necesidades en cada centro, con cuestionarios dirigidos a visibilizar la comunitaria,	7,9		
Responsables de formación que prioricen la formación en salud comunitaria	7,8	8,0	-0,2
Formación centralizada y obligatoria, con sesiones clínicas en cada centro	7,8		
Identificar la formación que funcionan y la que no ha funcionado, valorar por qué no ha funcionado	7,7		
Formación reglada en detección de activos en salud comunitaria	7,6		
Formación sobre los determinantes sociales identificados en cada zona	7,4		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Habilitar tiempo / agenda para la formación en el horario laboral	7,4		
Colaboración con formación universitaria	7,4		
Manual de acogida especificando competencias, rotación por las categorías	7,2		
Incentivar la participación en actividades formativas, planes de formación nominal con profesionales en activo para mejorar la tasa de respuesta a los cuestionarios.	7,0		
Criterios de calidad que valoren la formación	6,8		

OE 3.2 Incluir módulos específicos sobre salud comunitaria en los programas de formación dirigidos a los equipos directivos, tanto a nivel de distrito como de centro

La Valoración Comparativa de las Líneas de Acción para el OE 3.2 refleja un consenso general en torno a la importancia de fortalecer el liderazgo en salud comunitaria. Las dos únicas acciones propuestas por el grupo de trabajo, fueron muy valoradas y complementarias, orientadas a asegurar que los directivos y cargos intermedios estén sensibilizados y formados en salud comunitaria. Esto no solo fortalece el liderazgo, sino que también contribuye a garantizar que las decisiones estratégicas sean coherentes con los objetivos de salud comunitaria a través de formación y criterios de selección alineados con este enfoque.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

- Acciones con alta valoración y consenso:
 - "Actualización obligatoria de directivos y cargos intermedios en marcos de la salud comunitaria": Con una media de 8,6 en el grupo de trabajo y 8,3 en el plenario, esta acción subraya la necesidad de sensibilizar y capacitar a los líderes en conceptos clave como la salutogénesis y los determinantes de la salud. La diferencia de 0,3 puntos refleja una percepción compartida de su relevancia estratégica.

- "Valorar los méritos en salud comunitaria en la selección de directivos y cargos intermedios": Aunque presenta una mayor diferencia (8,6 en el grupo y 8,0 en el plenario, diferencia de 0,6), esta acción destaca la importancia de priorizar la experiencia y formación en salud comunitaria como criterios en los procesos de selección de liderazgo.

Tabla 15. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 3.2 entre el grupo de trabajo 5 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Actualización obligatoria de directivos y cargos intermedios en marcos de la salud comunitaria (salutogénesis, determinantes...) y sensibilización en salud pública (conceptos, herramientas, metodología)	8,6	8,3	0,3
Valorar los méritos en salud comunitaria (formación y práctica) en la selección de directivos y cargos intermedios	8,6	8,0	0,6

OE 3.3 Incluir la formación sobre salud comunitaria en los itinerarios formativos de los futuros profesionales del SSPA.

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 3.3 evidencia un alto consenso en torno a las acciones priorizadas tanto en el grupo de trabajo como en el plenario, destacando la necesidad de incorporar la salud comunitaria en la formación y en las estrategias de acogida para los nuevos profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Estas acciones reflejan un claro interés por integrar la salud comunitaria en la formación académica y en los procesos de acogida para los nuevos profesionales. Aunque algunas propuestas quedaron fuera del plenario, podrían considerarse en fases posteriores para complementar la estrategia formativa.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y consenso:

- "Realizar plan de acogida para nuevos profesionales": Esta acción obtuvo una alta valoración tanto en el grupo de trabajo (8,7) como en el plenario (8,3), con una diferencia de solo 0,4 puntos, destacando su relevancia para integrar a los nuevos profesionales en el trabajo multidisciplinar y en los valores organizativos del SSPA.
- "Incluir asignatura de Salud comunitaria en todos los currículos de las profesiones afines con sanidad": Valorada de manera consistente (8,5 en el grupo y 8,3 en el plenario), refleja la importancia de formalizar la enseñanza de salud comunitaria como un componente esencial de la formación académica.
- "Incluir prácticas dentro de la formación en salud comunitaria obligatorias": Con una diferencia mínima de 0,2 puntos (8,5 en el grupo y 8,3 en el plenario), esta acción resalta la necesidad de formación práctica para consolidar competencias en salud comunitaria.

Tabla 16. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 3.3 entre el grupo de trabajo 6 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Realizar plan de acogida para nuevos profesionales que recoja el trabajo en equipo multidisciplinar en salud comunitaria, organización del SSPA, roles y funciones profesionales.	8,7	8,3	0,4
Incluir asignatura de Salud comunitaria en todos los currículos de las profesionales afines con profesiones sanitarias.	8,5	8,3	0,3
Incluir prácticas dentro de la formación en salud comunitaria obligatorias de los pre y postgrados universitarios y de ciclos formativos y rotación con todos los perfiles profesionales que trabajan en salud comunitaria.	8,5	8,3	0,2
Incluir, al menos, unidades didácticas de Salud comunitaria en todos los currículos de las profesionales afines con sanidad.	7,9		
Realización de trabajos monográficos sobre salud comunitaria en grados y ciclos formativos.	7,4		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Realización de diagnósticos de salud de la zona donde se realizan las prácticas.	7,2		
Incluir asignatura que ofrezca herramientas para la evaluación de la PS.	7,2		
Curso de adaptación en salud comunitaria obligatoria para poder ejercer como profesional del Sistema Sanitario.	6,1		

OE 3.4 Ofertar formación sobre salud comunitaria a otros agentes de salud y ciudadanía.

La Valoración Comparativa de las Líneas de Acción para el OE 3.4 destaca un enfoque en el fortalecimiento de la formación en salud comunitaria, tanto para agentes comunitarios como para colectivos específicos, con una visión integral que incluye la participación intersectorial y el uso de plataformas digitales. Las diferencias observadas en la valoración entre el grupo de trabajo y el plenario, aunque moderadas, sugieren la necesidad de considerar la viabilidad operativa y tecnológica de estas propuestas al momento de priorizarlas.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y diferencias moderadas:
 - "Elaboración de un plan de formación dirigido a agentes de salud de la comunidad": Con una valoración de 8,8 en el grupo de trabajo y 7,9 en el plenario, esta acción destaca como prioritaria para formar agentes comunitarios como formadores. La diferencia de 1,0 puntos podría reflejar desafíos en su implementación.
 - "Creación de una plataforma institucional de educación para la salud": Con una diferencia similar (8,5 en el grupo y 7,5 en el plenario), esta acción pone de manifiesto la importancia de centralizar y adaptar recursos formativos, aunque su complejidad tecnológica puede influir en su valoración.
2. Acciones con consenso sólido:

- "Realización de cursos/talleres monográficos de salud comunitaria dirigidos a instituciones o colectivos concretos": Consistentemente valorada (8,8 en el grupo y 8,3 en el plenario), resalta su utilidad para colectivos específicos como cuidadoras y técnicos de residencias, cubriendo necesidades formativas concretas.
- "Organización de jornadas de participación comunitaria": Con una diferencia de 0,6 puntos (8,7 en el grupo y 8,1 en el plenario), refleja un alto consenso sobre su relevancia para fomentar el compromiso comunitario desde los centros de salud y distritos.
- "Creación de mesa intersectorial en prevención/promoción para identificar necesidades formativas en salud comunitaria": Con una valoración consistente (8,5 en el grupo y 8,1 en el plenario), esta acción subraya la importancia de la colaboración entre sectores para diseñar una formación alineada con las necesidades locales.

Tabla 17. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 3.4 entre el grupo de trabajo 6 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Elaboración de un plan de formación dirigido a agentes de salud de la comunidad que les de habilidades para formador de formadores. (Escuela de Salud Comunitaria)	8,8	7,9	1,0
Realización de cursos/talleres monográficos de salud comunitaria: activos en salud, RELAS... dirigidos a Instituciones o colectivos concretos de la comunidad (ayuda a domicilio, cuidadoras formales e informales, técnicos de residencias de ancianos...). (Nivel 2)	8,8	8,3	0,5
Organización de jornadas de participación comunitaria desde los centros de salud o distritos/AGS.	8,7	8,1	0,6
Creación de mesa intersectorial en prevención/promoción para la identificación de necesidades formativas en salud comunitaria y oferta de formación coherente. (Nivel 3)	8,5	8,1	0,5
Creación de una plataforma institucional de educación para la salud que incluya la oferta formativa, el mapa de activos,	8,5	7,5	1,0

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
banco de buenas prácticas, lo que hay de todas las estrategias, adaptado a cada municipio.			

OE 3.5 Potenciar el itinerario formativo de investigación entre los/las profesionales de salud comunitaria

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 3.5 muestra un consenso general sobre la importancia de fortalecer la investigación en salud comunitaria mediante estructuras de apoyo, formación específica y la integración de la investigación en los objetivos institucionales. Las diferencias entre el grupo de trabajo y el plenario resaltan la necesidad de ajustar las acciones formativas a la viabilidad operativa y el alcance práctico.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

- Acciones con alta valoración y diferencias significativas:
 - "Crear un comité investigador en cada centro/grupos de trabajo con referentes/coordinadores": Con una valoración de 9,1 en el grupo y 8,1 en el plenario (diferencia de 1,0), esta acción subraya la importancia de establecer estructuras locales que apoyen la investigación.
 - "Curso básico de investigación en salud comunitaria": Altamente valorada en el grupo (9,0) pero con una puntuación menor en el plenario (7,7), con una diferencia de 1,3 puntos. Esto podría reflejar debates sobre su implementación o alcance, aunque sigue siendo una prioridad formativa.
 - "Formación a los Especialista Interno Residente en investigación en salud comunitaria": Con una diferencia de 1,0 puntos (8,7 en el grupo y 7,7 en el plenario), esta acción destaca por su enfoque en la capacitación de residentes como un paso clave para fomentar la investigación desde las etapas iniciales de la carrera profesional.

2. Acciones relacionadas con la integración institucional:

- "Incluir la investigación en los objetivos de contrato programa y en los acuerdos de gestión clínica": Con una diferencia de 0,9 puntos (8,4 en el grupo y 7,5 en el plenario), refleja la necesidad de institucionalizar la investigación en la planificación operativa.
- "Trabajar de forma interdisciplinar en investigación, incluyendo a entidades sociales y comunitarias": Consistentemente valorada (8,4 en el grupo y 8,2 en el plenario), esta acción refuerza la importancia de la colaboración intersectorial y el aprendizaje desde las experiencias comunitarias.

Tabla 18. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 3.5 entre el grupo de trabajo 10 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Crear un comité investigador en cada centro/grupos de trabajo con referentes/coordinadores que apoyen al resto de los profesionales	9,1	8,1	1,0
Curso básico de investigación en salud comunitaria. Creación de un curso de transferencia de conocimiento desde la praxis. Quitar el miedo a investigar promoviendo formación específica en habilidades básicas para investigar	9,0	7,7	1,3
Formación a los Especialista Interno Residente en investigación en salud comunitaria, incluir la investigación en su programa formativo	8,7	7,7	1,0
Incluir la investigación en los objetivos de contrato programa y en los acuerdos de gestión clínica.	8,4	7,5	0,9
Trabajar de forma interdisciplinar en investigación incluyendo a entidades sociales y comunitaria y teniendo en cuenta sus experiencias	8,4	8,2	0,2
Premiar o incentivar a los profesionales con iniciativa investigadora: facilitar el acceso a becas, redes, colaboraciones	8,4		

Dar puntuación extra a los proyectos de Salud Comunitaria en las convocatorias de financiación de la investigación (como ocurre con el enfoque de género)	8,3		
Adaptar la formación en investigación a cada categoría profesional. Simplificarla y hacerla atractiva	8,1		
Darle más peso a la formación en doctorados a nivel curricular (bolsa, oposiciones...)	8,0		
Espacio, medios materiales y tiempo para investigar dentro de tu jornada laboral.	7,1		

LÍNEA ESTRATÉGICA 4. INNOVACIÓN

La excelencia y la mejora continua son valores fundamentales del SSPA que busca enriquecerse de la experiencia propia y ajena de calidad, así como de las últimas producciones científicas e investigadoras, por lo tanto el objetivo de esta línea es crear nuevos conocimientos sobre Salud Comunitaria en el SSPA.

OE 4.1 Generar evidencias científicas en salud comunitaria

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 4.1 refleja un enfoque en la investigación en salud comunitaria, destacando la importancia de evaluar el impacto de las actividades, estandarizar herramientas y promover espacios de trabajo reflexivo. Las diferencias entre las valoraciones del grupo de trabajo y el plenario son mínimas, lo que sugiere un consenso general sobre las prioridades estratégicas.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y consenso:
 - "Formar grupos de trabajo por Distritos para la investigación en salud comunitaria": Con una valoración de 8,6 en el grupo y 8,1 en el plenario, esta acción subraya la importancia de generar redes locales de investigación para abordar problemas específicos de salud comunitaria.
 - "Evaluar el impacto de las actividades comunitarias sobre resultados en salud a corto plazo": Con una valoración consistente (8,3 en el grupo y 8,4 en el plenario), refleja su relevancia para medir la efectividad de las actividades y justificar su implementación.
2. Acciones relacionadas con herramientas y necesidades:
 - "Elaborar herramientas estandarizadas para la evaluación de los resultados y el proceso de las actividades comunitarias": Esta acción mantiene una valoración alta (8,3 en el grupo y 8,0 en el plenario), destacando la necesidad de homogeneizar los métodos de evaluación.
 - "Realizar el estudio de las necesidades en salud por municipios / provincias": Mejor valorada en el plenario (8,6) que en el grupo (8,2), destaca como una acción clave para adaptar las estrategias a las realidades locales.

Tabla 19. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 4.1 entre el grupo de trabajo 7 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Formar grupos de trabajo por Distritos para la investigación en salud comunitaria	8,6	8,1	0,5
Evaluar el impacto de las actividades comunitarias sobre resultados en salud a corto plazo (Ej. disminución de tomas de medicación,	8,3	8,4	-0,1
Elaborar herramientas estandarizadas para la evaluación de los resultados y el proceso de las actividades comunitarias	8,3	8,0	0,3
Realizar el estudio de las necesidades en salud por municipios / provincias	8,2	8,6	-0,4
Potenciar la investigación sobre los factores de riesgo y sus consecuencias en salud comunitaria con fines preventivos	8,2	7,9	0,3
Promover espacios de trabajo y reflexión entre profesionales para analizar el impacto de las actividades de salud comunitaria y valorar la adecuación de las mismas	8,1		
Realizar informes de salud en todos los municipios / provincias	8,0		
Facilitar el tiempo necesario a los profesionales para realizar trabajos de investigación, adecuando las agendas	7,8		
Fomentar la formación en investigación de los profesionales	7,6		
Dotar a los profesionales de incentivos económicos para realizar trabajos de investigación fuera de su jornada laboral	7,3		
Facilitar a los profesionales que desarrollen investigación de las herramientas informáticas necesarias (Software)	7,3		
Facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad	7,0		

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Potenciar la investigación sobre factores genéticos y epigenética y mejorar la información a la población sobre este tema	6,4		

OE 4.2 Promover la calidad en la investigación en salud comunitaria

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 4.2 resalta un consenso significativo sobre la necesidad de fortalecer la investigación en salud comunitaria mediante redes de apoyo, generación de evidencia y reconocimiento de los profesionales involucrados. Las diferencias entre las valoraciones del grupo de trabajo y el plenario son moderadas y reflejan ajustes en las prioridades estratégicas.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y diferencias moderadas:
 - "Crear una red de referentes o alguien que guiara y diera apoyo metodológico para los proyectos de investigación": Con una diferencia de 0,9 puntos (8,9 en el grupo y 8,0 en el plenario), esta acción subraya la necesidad de brindar apoyo técnico y metodológico accesible para fortalecer la investigación en todas sus fases.
 - "Reconocer a quienes investigan con excelencia profesional y ética" con una diferencia de 0,2 (8,4 en el grupo y 8,2 en el plenario)
 - "Delimitar campos de actuación en la investigación en salud comunitaria": Con una valoración de 8,4 en el grupo y 7,6 en el plenario, esta acción resalta la importancia de definir áreas clave para orientar los esfuerzos investigativos.
2. Acciones relacionadas con la retroalimentación y utilidad de la investigación:
 - "Que los resultados repercutan y reviertan en las intervenciones o líneas estratégicas planteadas": Valorada de manera consistente (8,6 en el grupo y 8,2 en el plenario), refleja la importancia de aplicar los resultados de la investigación para mejorar las intervenciones comunitarias.
 - "Hacer un registro y base de datos de las intervenciones y actuaciones ya realizadas": Con una diferencia mínima de 0,3 puntos, esta acción (8,5 en el grupo y 8,2 en el plenario) destaca la relevancia de contar con información organizada para evaluar y analizar lo ya implementado.
3. Reconocimiento de los investigadores:

- "Reconocer a quienes investigan con excelencia profesional y ética": Con una valoración de 8,4 en el grupo y 8,2 en el plenario (diferencia de 0,2), esta acción refuerza la importancia de valorar y motivar a los profesionales que destacan en la investigación comunitaria. Este reconocimiento fomenta la ética profesional y la calidad en los proyectos de investigación.

Tabla 20. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 4.2 entre el grupo de trabajo 8 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Crear una red de referentes o alguien que guiara y diera apoyo metodológico para los proyectos de investigación en salud comunitaria en todas sus fases y de forma accesible desde los centros	8,9	8,0	0,9
Que los resultados repercutan y reviertan en las intervenciones o líneas estratégicas que se planteen	8,6	8,2	0,4
Hacer un registro y base de datos de las intervenciones y actuaciones que ya se realizan o realizadas para poder analizar y evaluar lo que se hace	8,5	8,2	0,3
Reconocer a quienes investigan con excelencia profesional y ética	8,4	8,2	0,2
Delimitar campos de actuación en la investigación en salud comunitaria	8,4	7,6	0,8
Facilitar programas y recursos tecnológicos adecuados para la rapidez y eficacia en la investigación	8,2		
Generar evidencia sobre necesidades en salud y devolver los resultados y que repercuta en la calidad de vida la comunidad	8,1		
Incluir la investigación dentro del horario laboral como otra tarea más y creación de investigaciones en el equipo de forma multidisciplinar y coordinado con escuelas y alumnado que rota por los centros	8,1		

Organizar convocatoria de premios en investigación para residentes de enfermería y medicina de familia y comunitaria	7,9		
Promover la investigación con estudios multidisciplinarios con métodos cuantitativos (estudios de cohortes) y cualitativos y financiados o becados por el SSPA	7,8		
Actualizar, registrar, explotar y evaluar las fuentes y bases de datos fiables para la investigación	7,6		
Facilitar y promover el acceso de todos los profesionales en la investigación comunitaria “verlo fácil y accesible”	7,6		

OE 4.3 Crear espacios de encuentro sobre salud comunitaria entre profesionales del SSPA

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 4.3 refleja el interés por promover la participación profesional y comunitaria en actividades relacionadas con la investigación en salud comunitaria, así como la importancia de jornadas y encuentros para sensibilizar y difundir los resultados.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones altamente valoradas y no evaluadas en el plenario:
 - "Hacer jornadas a nivel provincial": Con una valoración de 8,6 en el grupo de trabajo, esta acción destaca por su potencial para fomentar la difusión y colaboración entre profesionales a nivel territorial.
 - "Sensibilizar mediante jornadas con profesionales sobre la importancia de la salud comunitaria": Altamente valorada (8,7 en el grupo), refleja un enfoque estratégico para aumentar la sensibilización y el compromiso con la salud comunitaria.
 - "Crear una red de profesionales con un aula virtual permanente": Con una media de 8,0, esta propuesta resalta la necesidad de establecer redes de colaboración y espacios virtuales que faciliten el intercambio de información y recursos entre investigadores.
 - "Realizar jornadas y congresos de salud comunitaria": Con una puntuación de 8,0, esta acción complementa los esfuerzos para visibilizar los avances en salud comunitaria y fomentar el aprendizaje colectivo.
2. Acciones con consenso entre grupo y plenario:
 - "Hacer jornadas de puertas abiertas con todos los profesionales y la ciudadanía": Con una valoración de 8,4 en el grupo y 7,9 en el plenario, esta acción busca integrar a los diferentes actores en actividades participativas y accesibles.
 - "Programar una reunión de equipo periódica para informar a los profesionales sobre actividades de investigación en salud comunitaria": Con una diferencia de 1,0 puntos (8,8 en el grupo y 7,8 en el plenario), esta acción resalta la importancia de mantener informados a los equipos sobre los avances en investigación.
3. Acciones valoradas más en el plenario:

- "Facilitar y financiar la asistencia a encuentros, jornadas y congresos de forma retributiva y reconocida": Con una valoración de 7,6 en el grupo y 8,7 en el plenario (-1,1 puntos de diferencia), esta acción fue percibida como más relevante en el plenario, destacando la necesidad de reconocer y fomentar la participación profesional.

4. Acción con baja valoración:

- "Organizar una gymkana lúdico festiva para difundir resultados de investigaciones": Esta acción tuvo la valoración más baja tanto en el grupo (6,6) como en el plenario (5,7), lo que refleja un menor consenso sobre su viabilidad o impacto.

Tabla 21. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 4.3 entre el grupo de trabajo 8 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Hacer jornadas a nivel provincial	8,6		
Realizar sesiones clínicas en los CS para llegar al mayor número de profesionales sobre este tema	7,8	8,4	-0,5
Programar una reunión de equipo periódica para informar a todos los profesionales de las actividades de investigación en salud comunitaria	8,8	7,8	1,0
Sensibilizar mediante jornadas con profesionales sobre la importancia de la salud comunitaria	8,7		
Facilitar y financiar la asistencia a los encuentros, jornadas y congresos de forma retributiva y reconocida a todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios)	7,6	8,7	-1,1
Crear una red de profesionales que tenga un aula virtual permanente para el intercambio de investigadores y compartir base de datos y con un canal de comunicación que permita sumarse a cualquier profesional	8,0		
Realizar jornadas y congresos de salud comunitaria facilitando la asistencia de los profesionales	8,0		

Hacer jornadas de puertas abiertas con todos los profesionales de todo el equipo (incluidos sanitarios y no sanitarios) y ciudadanía	8,4	7,9	0,5
Organizar una gymkana lúdico festiva en horario laboral para difundir los resultados de las investigaciones	6,6	5,7	0,9

LÍNEA ESTRATÉGICA 5. DIFUSIÓN

La comunicación juega un papel transversal para el éxito de todas las líneas de esta estrategia por eso el objetivo de esta línea es visibilizar la importancia de la salud comunitaria para el bienestar y la calidad de vida de la población.

OE 5.1. Reforzar la salud comunitaria como cultura

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 5.1 evidencia un consenso significativo sobre la necesidad de adaptar las intervenciones a las necesidades comunitarias, sensibilizar a la población y fomentar la colaboración con agentes locales. Las diferencias mínimas entre las valoraciones del grupo de trabajo y el plenario refuerzan el consenso sobre estas prioridades.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y consenso:
 - "Adaptar las intervenciones a las necesidades sentidas de la comunidad": Con una valoración de 8,5 en el grupo y 8,8 en el plenario (-0,3 puntos), esta acción destaca como prioritaria para garantizar que las intervenciones sean relevantes y efectivas para la comunidad.
 - "Sensibilizar e informar a la comunidad en la importancia de la salud comunitaria": Consistentemente valorada (8,3 en el grupo y 8,4 en el plenario), subraya la necesidad de aumentar la conciencia y el compromiso de la comunidad en las iniciativas de salud.
 - "Realizar planes de intervención comunitaria en colaboración con agentes de la comunidad": Con una valoración de 8,1 en el grupo y 8,3 en el plenario (-0,1 puntos), esta acción refleja la importancia de trabajar en conjunto con agentes comunitarios para garantizar el éxito de las intervenciones.
2. Acciones relacionadas con formación y evaluación:
 - "Creación de formación para formar en salud comunitaria": Con una diferencia mínima de -0,1 puntos (8,1 en el grupo y 8,2 en el plenario), esta acción destaca como clave para mejorar las competencias de los profesionales en este ámbito.

- "Evaluar/analizar las acciones llevadas a cabo": Valorada más en el plenario (8,6) que en el grupo (7,8), con una diferencia de -0,8 puntos, esta acción subraya la necesidad de reflexionar sobre el impacto y la efectividad de las iniciativas implementadas.

Tabla 22. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 5.1 entre el grupo de trabajo 9 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Adaptar las intervenciones a las necesidades sentidas de la comunidad	8,5	8,8	-0,3
Sensibilizar e informar a la comunidad en la importancia de la salud comunitaria	8,3	8,4	0,0
Realizar planes de intervención comunitaria en colaboración con agentes de la comunidad	8,1	8,3	-0,1
Creación de Formación para Formar en salud comunitaria	8,1	8,2	-0,1
Evaluar/ analizar las acciones llevadas a cabo	7,8	8,6	-0,8
Reforzar las reuniones interdisciplinares	7,5		
Generar herramientas de apoyo (repositorio, banco de documentos, por ejemplo)	7,0		
Incluir objetivos de CP para profesionales de salud comunitaria	6,9		

OE 5.2 Impulsar la orientación comunitaria entre los agentes locales (entorno comunitario)

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 5.2 refleja un consenso general sobre la importancia de involucrar a los agentes locales y fomentar la colaboración interinstitucional para fortalecer la salud comunitaria. Las diferencias en la valoración del grupo de trabajo y el plenario sugieren una mayor priorización en el plenario de acciones relacionadas con formación y espacios de encuentro. Las acciones no discutidas en el plenario, aunque bien valoradas, podrían considerarse en futuras fases para complementar la estrategia.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

1. Acciones con alta valoración y consenso:

- "Conocer las prioridades de los agentes locales": Con una valoración de 8,9 en el grupo y 8,2 en el plenario (diferencia de 0,6), esta acción se posiciona como prioritaria para alinear las estrategias de salud comunitaria con las necesidades locales.
- "Fomentar las iniciativas locales en salud": Con una diferencia mínima de -0,2 puntos (7,9 en el grupo y 8,1 en el plenario), esta acción resalta la importancia de impulsar y apoyar proyectos liderados por agentes locales.

2. Acciones valoradas más en el plenario:

- "Plan de formación conjunto para todos los agentes implicados en salud comunitaria": Aunque valorada con 7,1 en el grupo, su puntuación aumentó significativamente en el plenario (8,3, con una diferencia de -1,2), indicando un reconocimiento mayor de su importancia para generar equipos y sinergias.

3. Acciones relacionadas con sensibilización y espacios físicos:

- "Realizar campañas de información a otras entidades locales sobre los beneficios de la salud comunitaria": Esta acción, con una valoración de 7,5 en el grupo y 8,0 en el plenario (-0,5 puntos), destaca como clave para sensibilizar y captar el apoyo de entidades locales.
- "Favorecer lugares físicos para el encuentro": Aunque valorada más en el plenario (7,9) que en el grupo (7,2), su diferencia de -0,7 puntos refleja la percepción de que facilitar espacios físicos es esencial para mejorar la interacción y colaboración entre agentes.

Tabla 23. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 5.2 entre el grupo de trabajo y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Conocer las prioridades de los agentes locales	8,9	8,2	0,6
Fomentar las iniciativas locales en salud	7,9	8,1	-0,2
Realizar campañas de información a otras entidades locales sobre los beneficios de la salud comunitaria	7,5	8,0	-0,5

Favorecer lugares físicos para el encuentro	7,2	7,9	-0,7
Plan de formación conjunto para todos los agentes implicados en salud comunitaria (generando equipo y sinergias)	7,1	8,3	-1,2
Creación de grupos interinstitucionales de trabajo y diseñar estrategias y acciones comunes	7,1		
Crear líneas de subvenciones y ayudas para entidades locales	6,4		

OE 5.3 Dar a conocer a la población la importancia de la salud comunitaria y sus beneficios

La valoración comparativa de las líneas de acción para el OE 5.3 pone de manifiesto una estrategia integral para promover la salud comunitaria mediante acciones de planificación, sensibilización y difusión, adaptadas a diferentes públicos y contextos. Las diferencias en las valoraciones entre el grupo de trabajo y el plenario sugieren la necesidad de ajustar las expectativas sobre viabilidad y alcance, especialmente en campañas de redes sociales. Las acciones no evaluadas en el plenario, como la creación de mediadores en salud y Escuelas de Pacientes, representan oportunidades valiosas para fortalecer la estrategia de salud comunitaria.

Entre las acciones que se priorizaron en el grupo y se presentaron en plenario destaca:

- Acciones con alta valoración y diferencias significativas:
 - "Elaborar un plan de acción en salud comunitaria por centro": Con una puntuación de 9,6 en el grupo y 8,4 en el plenario (diferencia de 1,2), esta acción subraya la importancia de la planificación estructurada y su comunicación a la población.
 - "Campañas en concienciación y sensibilización en redes sociales adaptadas a cada edad": Aunque altamente valorada en el grupo (9,1), su puntuación disminuyó en el plenario (7,6), con una diferencia de 1,5 puntos, reflejando posibles dudas sobre su viabilidad o alcance.
 - "Difundir los beneficios de la salud comunitaria dando a conocer estudios y evidencia": Con una diferencia de 0,7 puntos (9,0 en el grupo y 8,3 en el plenario), esta

acción resalta la necesidad de visibilizar el impacto positivo de la salud comunitaria mediante datos y evidencia.

2. Acciones con consenso sólido:

- "Dar a conocer la salud comunitaria en las consultas individuales": Con una valoración de 8,7 en el grupo y 8,1 en el plenario (diferencia de 0,6), esta acción enfatiza la importancia de aprovechar los contactos individuales para promover la salud comunitaria.
- "Formación específica y consensuada en el ámbito educativo": Consistentemente valorada (8,4 en el grupo y 8,3 en el plenario), refleja la relevancia de la formación en salud comunitaria en entornos educativos.

Tabla 24. Valoración comparativa de las líneas de acción para OE 5.3 entre el grupo de trabajo 10 y plenario

Acción	Media votación grupo trabajo	Media Votación Plenario	Diferencia
Elaborar un plan de acción en salud comunitaria por centro que hagamos conocer a la población. Qué vamos a hacer y en qué momentos y quien lo va a hacer.	9,6	8,4	1,2
Campañas en concienciación y sensibilización en rrss adecuadas a cada edad (TikTok en población joven). Colaborar con influencer en rrss para llegar a diferentes públicos	9,1	7,6	1,5
Difundir los beneficios que produce la salud comunitaria dando a conocer los estudios y la evidencia.	9,0	8,3	0,7
Dar a conocer la salud comunitaria en las consultas individuales. Aprovechar el consejo mínimo básico para incluir la salud comunitaria y los recursos.	8,7	8,1	0,6
Formación específica y consensuada en el ámbito educativo	8,4	8,3	0,1
Promocionar las buenas prácticas, lo que funciona, en los espacios en los que ya trabajamos (asociaciones/colegios/entorno laboral, etc).	8,4		

Curso de mediadores en Salud dirigido a la ciudadanía. Formar a ciudadanía para que lo transmita a sus iguales.	8,4		
Promover la idea del centro de salud abierto: trasladar internamente en sesiones clínicas la idea de diferentes espacios de acción en diferentes entornos (domicilios/entornos comunitarios, etc)	8,3		
Creación de Escuelas de Pacientes y figuras de paciente experto	8,1		
Utilizar canales de comunicación específicos para cada grupo de edad. No centrar acciones solo en redes sociales, utilizar canales tradicionales como farmacias, mercados, para llegar a diferentes edades.	8,0		
Fomentar Escuelas de Padres. Crear espacios locales para la formación de padres y madres desde la administración pública	7,1		

Sobre los aspectos de evaluación

Se revisaron las acciones que de alguna forma reflejaban una componente evaluativa, para que sean consideradas posteriormente, cuando se establezca la estrategia de evaluación.

Evaluación de actividades y resultados

1. "Evaluar el impacto de las actividades comunitarias sobre resultados en salud a corto plazo" (G7)
2. "Elaborar herramientas estandarizadas para la evaluación de los resultados y el proceso de las actividades comunitarias" (G7)
3. "Evaluar/analizar las acciones llevadas a cabo" (G9)
4. "Monitorizar y evaluar las actividades grupales a través de indicadores" (G4)

Evaluación de necesidades y diagnóstico

1. "Realizar el estudio de las necesidades en salud por municipios/provincias" (G7)
2. "Elaboración de diagnóstico participativo de salud que identifique las necesidades de salud de la comunidad" (G3)

Evaluación de Formación

1. "Identificar la formación que funciona y la que no ha funcionado, valorar por qué no ha funcionado" (G5)
2. "Criterios de calidad que valoren la formación" (G5)

ANEXOS

Anexo 1. Distribución de grupos, moderación y apoyo técnico por líneas y objetivos de la estrategia

Grupo	Moderación	Apoyo técnico	Líneas y objetivos
Grupo 1	Pablo García-Cubillana de la Cruz	Elena Corpas Nogales	Línea 1 (obj. 2,3)
Grupo 2	Sebastián Tornero Patricio/ Inmaculada Gasco	Begoña Isaac Martínez	Línea 1 (obj. 4,5)
Grupo 3	Andreia Filipa Alves Martins	Amparo Lupiañez Castillo	Línea 2 (obj. 1,2)
Grupo 4	María Díaz Serrano	Diana Gosálvez Prados	Línea 2 (obj. 3,4)
Grupo 5	Teresa Iriarte de los Santos	Olga Leralta Piñán	Línea 3 (obj. 1,2)
Grupo 6	Pilar Navarro Pérez	Alicia Vallejo Ortegon	Línea 3 (obj. 3,4)
Grupo 7	Luna Rodríguez Pérez	Jaime Jiménez Pernet	Línea 1 (obj. 1) Línea 4 (obj. 1)
Grupo 8	Ainhoa Ruiz Azarola	Maite Cruz Piqueras	Línea 4 (obj. 2,3)
Grupo 9	Lola Rodríguez Ruz	Guadalupe Pastor Moreno	Línea 5 (obj. 1,2)
Grupo 10	Pedro Morera Pérez	Nuria Luque Martín	Línea 3 (obj. 5) Línea 5 (obj. 3)

Anexo 2. Participantes en los grupos de trabajo

Participante	Centro Cabecera	Provincia
Aguilar Alés, Remedios	A.G.S. Osuna	Sevilla
Alonso López, Laura	D. Poniente de Almería	Almería
Álvarez Chacón, Rafael	A.G.S. Sur de Córdoba	Córdoba
Álvarez Conesa, Inmaculada	D. Bahía de Cádiz-La Janda	Cádiz
Ángel Maqueda, Rafael	D. Málaga	Málaga
Arenillas Rocha, Ana Eva	A.G.S. Campo de Gibraltar Este	Cádiz
Arroyo Muñoz, Estela	A.G.S. Sur de Córdoba	Córdoba
Astasio Astasio, Araceli	A.G.S. Nordeste de Jaén	Jaén
Barrientos Romero, Víctor Manuel	A.G.S. Campo de Gibraltar Oeste	Cádiz
Bernabeu Camacho, Rosa María	D. Poniente de Almería	Almería
Bernal Márquez, Jesús	A.G.S. Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	Cádiz
Cabrera Bazán, Cristóbal Jesús	A.G.S. Serranía de Málaga	Málaga
Calderón Sánchez, Verónica	D. Jaén Sur	Jaén
Callejas Pozo, José Emilio	D. Metropolitano de Granada	Granada
Cano Cabrera, Gema	D. Sevilla Norte	Sevilla
Cañuelo Rojas, Miguel Álvaro	A.G.S. Norte de Córdoba	Córdoba
Carrera Robles, Julia	A.G.S. Nordeste Granada	Granada
Casado Casado, Mónica	A.G.S. Norte de Málaga	Málaga
Casas Reyes, Pilar	D. Almería	Almería
Chicano Cisneros, Ana Carmen	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	Málaga
Córcoles Latorre, Patricia	A.G.S. Norte de Jaén	Jaén
Cruz López, Carmen	A.G.S. Norte de Almería	Almería
Delgado Mauri, Ansila María	A.G.S. Sur de Sevilla	Sevilla
Delgado Montes, María	A.G.S. Norte de Córdoba	Córdoba
Díaz Alonso, Gema	Fundación Progreso y Salud	Málaga
Díaz Ortega, Elena	A.G.S. Campo de Gibraltar Este	Cádiz
Díaz Santamaría, Sara Alejandra	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	Málaga
Domínguez Nieblas, Clara Isabel	A.G.S. Serranía de Málaga	Málaga

Participante	Centro Cabecera	Provincia
Enamorado Báez, Álvaro Javier	A.G.S. Sur de Sevilla	Sevilla
Encinas Tobajas, Susana María	D. Sevilla	Sevilla
Escamilla Elena, Patricia	A.G.S. Norte de Málaga	Málaga
Fernández León, María Reyes	D. Sevilla Norte	Sevilla
Fernández Montaña, Isaías Manuel	A.G.S. Osuna	Sevilla
Fernández Villalón, Sonia	A.G.S. Sur de Sevilla	Sevilla
Fidalgo Campaña, María del Carmen	D. Bahía de Cádiz-La Janda	Cádiz
Galey Chica, Pedro Andrés	D. Córdoba	Córdoba
García Abeja, Juan Carlos	A.G.S. Serranía de Málaga	Málaga
García Blanca, Alejandra	A.G.S. Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	Cádiz
García Montenegro, Teresa María	D. Costa del Sol	Málaga
García Moral, Ana Teresa	A.G.S. Nordeste de Jaén	Jaén
García Peñalver, Alejandra	A.G.S. Sur de Granada	Granada
García Ruiz, Remedios	D. Costa del Sol	Málaga
Godoy Romero, Laura	D. Málaga	Málaga
Gómez Jiménez, Agustín	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	Málaga
González Riera, Francisco Javier	D. Jaén	Jaén
Gorrotxategi Larrea, Maite	D. Costa del Sol	Málaga
Hurtado Melero, Félix Jesús	A.G.S. Norte de Málaga	Málaga
Izquierdo Gallardo, M ^a Inmaculada	A.G.S. Osuna	Sevilla
Jiménez López, Antonio Miguel	Otros	Almería
Jiménez Palenzuela, Sonia	D. Poniente de Almería	Almería
La Rubia García, Mercedes	D. Jaén	Jaén
Lafuente Robles, Nieves	D. Metropolitano de Granada	Granada
Listán Cortés, Ana Rosa	A.G.S. Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	Cádiz
López Delgado, Pablo	A.G.S. Norte de Córdoba	Córdoba
Lozano Navarrete, Mauricio	D. Sevilla	Sevilla
Martín Durán, Silvia	D. Sevilla	Sevilla

Participante	Centro Cabecera	Provincia
Martínez Guerrero, María Belén	A.G.S. Nordeste de Jaén	Jaén
Mercado Acebo, Patricia	D. Córdoba	Córdoba
Moncada Díaz, Rubén	D. Almería	Almería
Montes López, María José	A.G.S. Sur de Córdoba (Lucena)	Córdoba
Montes Peña, Montserrat	D. Córdoba	Córdoba
Morán de los Reyes, Victoria	D. Sevilla	Sevilla
Morilla López, Alejandra	D. Sevilla	Sevilla
Muñoz Dueñas, Rafael	A.G.S. Norte de Córdoba	Córdoba
Nava Anguis, Vicenta	A.G.S. Norte de Jaén	Jaén
Navarro Cruz, Antonio José	D. Huelva-Costa	Huelva
Nieto Espinar, Yolanda	A.G.S. Norte de Jaén	Jaén
Ortega Espinosa, Adriána	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	Málaga
Palacio Marie, Marie Nicole	D. Córdoba	Córdoba
Palacios López, Rafael	D. Metropolitano de Granada	Granada
Pedrosa Carmona, Sandra	A.G.S. Norte de Almería	Almería
Pedrosa Morales, María	D. Jaén	Jaén
Pérez Bolívar, Marta	A.G.S. Nordeste Granada	Granada
Pérez Villegas, María Josefa	D. Guadalquivir	Córdoba
Piedra Cristóbal, Julio	D. Huelva-Costa	Huelva
Piñol Pérez, Almudena	A.G.S. Norte de Almería	Almería
Podio Castro, Mercedes	D. Condado-Campiña	Huelva
Poyato Salamanca, Antonio	A.G.S. Norte de Huelva	Huelva
Pozas Escobar, Josefa	A.G.S. Norte de Huelva	Huelva
Prieto García, Nieves	D. Málaga	Málaga
Pulido Rosado, Palomares	A.G.S. Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	Cádiz
Reyes Burgos, María Auxiliadora	D. Huelva-Costa	Huelva
Robles Viaña, María del Mar	D. Bahía de Cádiz-La Janda	Cádiz
Rodríguez García, Macarena	A.G.S. Sur de Sevilla	Sevilla
Rodríguez Jiménez, Mercedes	A.G.S. Campo de Gibraltar Oeste	Cádiz
Rodríguez León, Beatriz	D. Sevilla Norte	Sevilla
Rodríguez Mariscal, José Ángel	D. Bahía de Cádiz-La Janda	Cádiz

Participante	Centro Cabecera	Provincia
Rodríguez Molinillo, Inmaculada	A.G.S. Norte de Córdoba	Córdoba
Rodríguez Rodríguez, M ^a Ángeles	D. Granada	Granada
Ruiz Fernández, Milagros	A.G.S. Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	Cádiz
Salas Samper, Felipe	D. Costa del Sol	Málaga
Salazar Sánchez, José Luis	A.G.S. Nordeste Granada	Granada
Salmerón Robles, Begoña	D. Metropolitano de Granada	Granada
Sánchez Cañete, Eva María	D. Córdoba (Guadalquivir)	Córdoba
Sánchez Cordero, María José	D. Sevilla	Sevilla
Sánchez García, Francisco José	A.G.S. Norte de Huelva	Huelva
Sánchez Gutiérrez, María del Mar	D. Almería	Almería
Sánchez Robles, Raquel	A.G.S. Nordeste Granada	Granada
Serrano Cepas, María del Carmen	D. Valle del Guadalhorce	Málaga
Serrano Martín, Jesús	D. Granada	Granada
Sicre Alonso, Silvia	D. Sevilla Norte	Sevilla
Suárez Sánchez, Ester	D. Poniente de Almería	Almería
Suárez-Bárcena Gómez, Antonia M ^a	Fundación Progreso y Salud	Cádiz
Subira Granados, Carmen Gracia	D. Aljarafe	Sevilla
Túnez Rodríguez, Lucía	D. Almería	Almería
Valcárcel Bríoso, Laura	A.G.S. Campo de Gibraltar Este	Cádiz
Valdivia Castro, Elena	A.G.S. Sur de Córdoba	Córdoba
Valero Moll, María Nieves	A.G.S. Nordeste Granada (Guadix)	Granada
Zurita Alonso, María Concepción	D. Almería	Almería