

Original

Teoría del cambio aplicada al programa de promoción de la actividad física «La Ribera Camina»



Ana Egea-Ronda^a, Montserrat Niclos-Esteve^{b,*}, Amparo Ródenas^c, Mariví Verdeguer^b, Viola Cassetti^d, Carlos Herrero^b, José M. Soler^{b,e} y Joan J. Paredes-Carbonell^b

^a Departament de Salut València Arnau de Vilanova-Llíria, San Antonio de Benagéber, Valencia, España

^b Departament de Salut de La Ribera, FISABIO, Alzira, Valencia, España

^c Centre de Salut Pública Alzira, FISABIO, Alzira, Valencia, España

^d Affiliated researcher, UNESCO Chair in Global Health and Education, Valencia, España

^e Departament d'Estadística i Investigació Operativa Aplicada i Qualitat, Universitat Politècnica de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de noviembre de 2021

Aceptado el 21 de febrero de 2022

On-line el 15 de mayo de 2022

Palabras clave:

Promoción de la salud

Ejercicio físico

Servicios de salud comunitaria

Atención primaria de salud

Investigación cualitativa

Salud pública

Investigación participativa basada en la comunidad

Evaluación de procesos

Atención de salud

R E S U M E N

Objetivo: Aplicar la teoría del cambio al diseño y la evaluación de un programa para promover la actividad física en 11 zonas básicas de salud.

Método: Realización de cuatro grupos focales siguiendo la metodología de la teoría del cambio. Se identifican los cambios (a largo, medio y corto plazo) que se pretende alcanzar con el programa «La Ribera Camina» según la opinión de los agentes de interés: profesionales de atención primaria, concejalas/es y personal técnico municipal deportivo, y ciudadanía participante. A través de un análisis temático se identifican las acciones que se deben realizar para alcanzar estos cambios, y las dificultades y los facilitadores para la sostenibilidad del programa.

Resultados: Los cambios identificados se clasificaron en cuatro apartados: 1) cambios en la salud física y social (mejoría en la condición física, hábitos saludables, autoestima y sensación de bienestar); 2) cambios organizativos y relacionales (mejor coordinación entre instituciones); 3) cambios específicos del programa (incorporación de más «activos» y asociaciones, sobre todo de hombres, y ampliación de rutas y horarios); y 4) cambios en el entorno (mejora de infraestructuras y seguridad de las rutas).

Conclusiones: La teoría del cambio permite identificar y clasificar los cambios que se esperan, las acciones que deben realizarse y los vínculos entre elementos del programa. Esto servirá de base para la evaluación del programa. Dicha metodología podría aplicarse en otros programas que deseen incorporar la intersectorialidad y la participación comunitaria en su diseño y evaluación.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Theory of change implemented in the program to promote physical activity “La Ribera Camina”

A B S T R A C T

Objective: To develop a theory of change of a program to promote physical activity in eleven health districts, in order to improve its design and plan its evaluation.

Method: Four focus groups were carried out, to develop a participatory theory of change, to identify the expected changes (long, medium and short term) of “La Ribera Camina” program, according to the following stakeholders: primary healthcare professionals, local government representatives and community members. A thematic analysis was used to identify the actions to be taken to achieve these changes, as well as the difficulties and facilitators to enhance the sustainability of the program.

Results: The identified changes were classified into four themes: 1) changes in physical and social health (improved physical condition, healthy habits, self-esteem and perceived well-being); 2) organizational and relational changes (better coordination between institutions); 3) specific changes to the program (incorporation of more “assets” and local associations, especially male participants, more trails and schedules); and 4) changes in the environment (improved trails’ infrastructures and safety).

Conclusions: The theory of change allows to identify and classify the changes that are expected, the actions to be carried out and the links between elements of the program. This will serve as the basis for its evaluation. This methodology could be applied to other programs interested in incorporating intersectorality and community engagement in their design and evaluation.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Health promotion

Exercise

Community health services

Primary health care

Qualitative research

Public health

Community-based participatory research

Process assessment

Healthcare

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: montseniclos@gmail.com (M. Niclos-Esteve).

Introducción

Diseñar y evaluar de forma participativa las intervenciones y los programas comunitarios en salud plantea dificultades por su complejidad y la diversidad de acciones y actores implicados. En la mayoría de los casos, el diseño y la evaluación se realizan por personal técnico, y la evaluación se limita a aportar datos sobre la participación y la satisfacción de las personas participantes. Escasean las publicaciones sobre evaluación de programas enfocadas a los resultados y procesos que han operado para explicar sus logros o déficits¹. Esto tiene como consecuencia una carencia de evidencia de los programas de promoción de la salud y dificulta su transferencia y generalización².

En las últimas tres décadas ha crecido el interés por planificar y evaluar intervenciones comunitarias con modelos más participativos. La teoría del cambio es una de las herramientas que pueden utilizarse en estos ámbitos. Su objetivo es identificar los mecanismos implícitos a través de los cuales se espera lograr el cambio con un programa de salud³⁻⁶. Aunque escasamente desarrolladas en nuestro contexto, cada vez existe un mayor interés por aplicar este tipo de metodologías participativas en investigación en salud comunitaria⁷. Se considera que una teoría del cambio es «una representación visual de cómo funciona un programa, se identifican sus diferentes componentes y cómo cada elemento se vincula con otro: cuáles son sus objetivos, sus resultados esperados, y a través de qué acciones se pretenden alcanzar»⁷.

La tendencia en salud comunitaria y promoción de la salud es considerar la participación ciudadana en todas las etapas de planificación de un programa⁸; de ahí la importancia de incorporar métodos que faciliten este nivel de implicación, especialmente en la etapa de evaluación, que es la que más dificultades plantea⁹.

En 2016 se inició un programa de promoción de la actividad física, consistente en paseos grupales, en dos centros de salud del área de salud de La Ribera (Comunitat Valenciana, España). La práctica de actividad física ha demostrado ser efectiva tanto en la prevención como en el tratamiento de numerosas patologías, en la mejora de la calidad de vida de las personas y en la reducción de la mortalidad por todas las causas¹⁰⁻¹².

En 2018, desde las direcciones del área se impulsó el programa y se transfirió a otros centros de salud bajo la denominación de «La Ribera Camina» (a partir de ahora, el programa). En 2019, el programa se extendió a 18 municipios del departamento en colaboración con ayuntamientos y algunas asociaciones. En la actualidad cuenta con más de 900 participantes. La evaluación del programa realizada en los dos centros de salud pioneros se basaba en contabilizar el número de participantes, el registro de datos biológicos y la utilización de test validados sobre percepción de salud¹³. No se evaluaba el proceso ni se daba voz a los diferentes agentes implicados. Por ello se planteó este estudio, cuyo objetivo es aplicar la metodología de la teoría del cambio^{14,15} al programa, facilitando la revisión de su diseño y su evaluación mediante la participación de los agentes de interés.

Método

Diseño

Estudio cualitativo mediante la realización de grupos focales¹⁶ interactivos utilizando la teoría del cambio⁷ con representantes de las personas implicadas en el programa.

Población y muestra

Los sujetos del estudio fueron los agentes de interés del programa. Por parte de los centros de salud: dos

coordinadoras/es de enfermería de atención primaria, dos especialistas en medicina familiar y comunitaria, y dos enfermeras de atención primaria (en total, dos mujeres y cuatro hombres). Por parte del ámbito municipal: cuatro concejales/as, cuatro técnicos municipales de deporte y dos técnicos municipales de servicios sociales (en total, cinco mujeres y cinco hombres). Por parte de la ciudadanía: cuatro mujeres y cinco hombres participantes en el programa. La selección de los sujetos fue por muestreo intencional teniendo en cuenta la composición equilibrada entre mujeres y hombres. En el grupo de profesionales de centros de salud, se seleccionaron personas directamente implicadas en la ejecución del programa. El grupo municipal se eligió entre los municipios que recientemente se habían incorporado al programa. En el grupo de ciudadanía se eligieron personas de dos municipios.

El ámbito del estudio fue el área de salud de La Ribera.

Recogida y análisis de datos

Debido a la pandemia de COVID-19 solo pudieron realizarse, en marzo de 2020, las sesiones con los grupos del centro de salud y municipal. La sesión con el grupo de ciudadanía fue pospuesta a diciembre y se dividió en dos sesiones de cuatro y cinco participantes para respetar aforos y distancias de seguridad. Previamente a la realización de los grupos focales se llevaron a cabo dos sesiones de formación en metodología de la teoría del cambio para el equipo investigador.

Cada grupo focal tenía como finalidad obtener información sobre las categorías a estudio en una sesión de 90 minutos, conducida por dos personas del equipo investigador. Para el desarrollo de los grupos focales se contó con un guion (tabla 1) siguiendo las indicaciones metodológicas de aplicación del modelo de la teoría del cambio en nuestro contexto⁷. Se trató de crear un espacio de diálogo entre las personas participantes para explorar las distintas perspectivas acerca de cómo y por qué funciona el programa⁷.

Antes de cada sesión se solicitó el consentimiento informado a las personas participantes. Las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas. Se fotografiaron los diagramas elaborados para su inclusión en el análisis.

A través de la teoría del cambio se identificaron las siguientes categorías: resultados esperados a largo plazo (después de 18 meses de su implementación), cambios esperados a corto y medio plazo (en los primeros 6 meses y después de los 6 meses), acciones para conseguir los cambios (incluyendo los procesos que se asume que van a ocurrir para alcanzar los cambios), dificultades y facilitadores del contexto.

Se realizó un análisis temático de la información de los grupos focales¹⁷ que permitió alcanzar los objetivos del estudio. Se codificaron las cuatro transcripciones para identificar cambios que ya se estaban dando y acciones que se proponían para alcanzar los cambios esperados. Se trató de vincular las acciones propuestas con los cambios identificados para asegurar la coherencia del programa y facilitar su planificación sistemática. Tras analizar los cuatro diagramas de teoría del cambio, se sintetizaron de forma transversal los cambios esperados para obtener una versión final que incorporara las perspectivas de los tres ámbitos. Finalmente, para contribuir a la fase sucesiva de priorización de las acciones, se realizó un análisis del contenido, clasificando las acciones propuestas según cada ámbito.

Se analizó la información desde la perspectiva de género, para identificar diferencias e incorporar propuestas para corregirlas.

Para el análisis se utilizó el programa de análisis de datos cualitativos NVivo¹⁸. De cada grupo focal se elaboró un mapa visual de la teoría del cambio elaborada y, tras su posterior análisis, se elaboró un mapa de síntesis que identificaba los aspectos comunes. En la figura 1 se muestran las etapas del estudio.

Tabla 1
Preguntas para el desarrollo de una teoría del cambio en fase de planificación

Objetivos	Preguntas para el diálogo en fase de planificación
1. Identificar resultado(s) a largo plazo	¿Cuál es el resultado principal que el programa o intervención pretende lograr? ¿Se diferencian resultados según sexo/género?
2. Identificar resultados intermedios	¿Qué cambios/resultados a medio y corto plazo te gustaría ver o qué cambios deberían suceder para lograr los resultados a largo plazo establecidos en el punto 1? ¿Se identifican cambios distintos según sexo/género?
3. Describir y planificar acciones	¿Qué acciones se necesita llevar a cabo para alcanzar los resultados intermedios? ¿Se identifican acciones distintas según sexo/género?
4. Explicar el cambio a través de diálogo y reflexiones	¿Por qué y cómo crees que esta actividad puede llevar a este resultado? ¿Qué estás asumiendo que pasará? ¿Qué crees que puede facilitar o dificultar que este resultado se pueda alcanzar? ¿Pueden influir las diferencias según sexo/género? ¿Cómo se podrían corregir?

Adaptada de ref. 7.



Figura 1. Etapas del proyecto de investigación «Teoría del cambio.Camina: Teoría del Cambio en el programa La Ribera Camina».

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera. Se elaboraron una hoja informativa sobre el proyecto y un modelo de consentimiento informado que fue firmado por las personas participantes en los grupos focales.

Resultados

Respecto a los cambios esperados, tras un primer análisis se agruparon en cuatro tipos (fig. 2): cambios en la salud física y social, cambios organizativos y relacionales, cambios específicos del programa y cambios en el entorno.

La mayor parte de los cambios identificados son comunes en los cuatro grupos focales. Se identifican una mejora en la condición física y en conocimientos sobre hábitos saludables, y una mejora de la autoestima y el bienestar percibido. A largo plazo se identifica que el programa mejorará la salud física y social, la adquisición de hábitos saludables y la reducción de los niveles de dependencia y de necesidad de atención sanitaria.

Municipios: «Mejora del conocimiento del propio cuerpo, y de la percepción de las posibilidades físicas, mucha gente mayor que acude al programa inicialmente dice “yo no puedo caminar” y en poco tiempo ven la progresión. . . Y esto va enlazado a mejora emocional, tipo autoestima.»

A largo plazo también se plantea la creación de vínculos entre población y profesionales de la sanidad, incluso un cambio de orientación de los centros de salud hacia la promoción de la salud, con una reducción en el gasto sanitario.

Centro de salud: «(...) yo he puesto: aumento de la salud en su conjunto físico social y psicológico (...) Y crear un vínculo o un nexo de unión entre la comunidad y el entorno sanitario, con el apoyo institucional.»

En el aspecto organizativo y relacional se señala un cambio a corto y medio plazo en la coordinación entre instituciones, una relación más cercana entre ciudadanía y profesionales del centro de salud, un mejor conocimiento y una mayor utilización de activos del tejido asociativo, y más implicación por parte del ayuntamiento:

Municipios: «(...) ha existido una coordinación entre Administraciones, entre ayuntamiento y centro de salud, y para ejecutar otras acciones, por ejemplo; y no solaparse, y al final generar recursos de manera coordinada. Y al final, estamos hablando de dinero público, y por lo tanto no podemos hacer acciones duplicadas. Con este programa, podemos planificar conjuntamente.»

A corto y medio plazo se plantea aumentar la captación de participantes, caminantes y profesionales de la sanidad, para que se involucren más en el programa. Esto podría facilitarse compartiendo los beneficios experimentados y recomendando la participación desde la consulta:

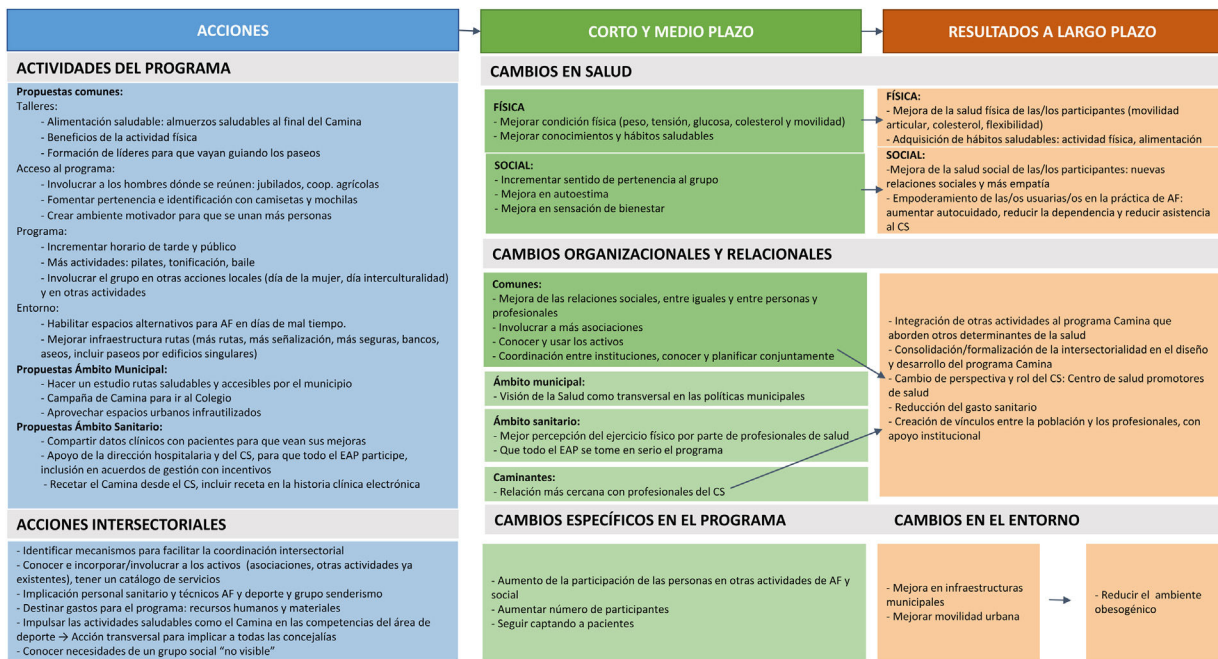


Figura 2. Teoría del cambio en «La Ribera Camina»: diagrama final de cambios esperados y acciones que deben llevarse a cabo. Combinación de los resultados de los cuatro grupos focales. AF: actividad física; CS: centro de salud; EAP: equipo de atención primaria.

Ciudadanía: «(...) la información que no viene de arriba del médico, sino de los que somos de aquí... [que digamos] yo, antes, me tomaba tres pastillas y ahora, una. No es fácil. [Pregunta si hay un tríptico informativo]. Pero sería importante que los médicos te digan “mira, hay un grupo que sale a caminar. Empieza a ir una vez a la semana. Y después ya veremos...”»

El grupo de caminantes destaca el cambio de relación con los/las profesionales que salen a caminar, y lo valoran al acceder al centro de salud debido a la cercanía del trato y a la familiaridad que proporciona:

Ciudadanía: «es un espacio donde puedes comentar cualquier cosa con ellos [profesionales sanitarios]. Porque los sanitarios que vienen también van de la idea de... no estar siempre con uno, sino ir más despacito para comentar con este, comentar con otro. Y es lo que decía, ella le comenta esto o lo otro, tipo psicólogo, tipo ayuda y... en fin...»

Como cambios específicos del programa a largo plazo se plantean cambios en el entorno que mejorarán la movilidad urbana y las infraestructuras municipales, contribuyendo a una reducción del ambiente obesogénico:

Municipios: «(el programa) es una excusa para mejorar las infraestructuras municipales: pasos de peatones, aceras con mayor accesibilidad, rampa de accesibilidad donde hay pasos de peatones que ahora no tienen rampa... (...) en fin, nos está provocando... este proyecto ve estas problemáticas (...) la mejora de la movilidad de los usuarios, pero también del propio entorno.»

En cuanto a las acciones para conseguir estos cambios, se proponen mejoras concretas sobre las actividades del programa, algunas específicas de los centros de salud y de los municipios, y otras clasificadas como acciones intersectoriales.

En la tabla 2 se muestran, desglosadas según el grupo que las propone y cuántas veces, las acciones formuladas para conseguir los cambios enunciados. Destacan la necesidad de dedicar recursos humanos y económicos al programa (o aprovechar mejor los existentes), añadir más actividades y mejorar las infraestructuras y la variedad de las rutas.

Hay algunas propuestas que solo se dan en un ámbito concreto guardando relación con su funcionamiento interno. Por ejemplo, desde el centro de salud se plantea mejorar el apoyo de la dirección, incentivar a los/las profesionales, incluir la prescripción de actividad física desde la historia clínica electrónica y compartir datos clínicos con las personas caminantes haciéndolas participantes de sus progresos. El ámbito municipal plantea el uso de espacios urbanos infrutilizados y acompañarlo de la campaña «Camina al colegio».

La figura 3 recoge los elementos facilitadores y las dificultades que se han identificado para la sostenibilidad del programa. Como facilitadores relacionales, la figura del profesional sanitario es valorada muy positivamente: proporciona seguridad y, según el grupo municipal, su prestigio puede ayudar a involucrar a otras poblaciones. Como facilitadores estructurales destaca la posibilidad de obtener fondos para el programa, por ejemplo mediante la adhesión a XarxaSalut (red de municipios de la Comunitat Valenciana adheridos al IV Plan de Salud de la Comunitat), y también contar con apoyo de la dirección del departamento de salud.

Centro de salud: «Creo que hay que tomar el compromiso por parte de los ayuntamientos, sobre todo los que están en Xarxa Salut, porque parece que vamos pidiendo limosna.»

En cuanto a las barreras, destaca la falta de asignación de recursos al programa y de incentivos profesionales. También se señalan la falta de coordinación entre instituciones (ayuntamiento y centros de salud) y problemas de organización desde el centro de salud:

Centro de salud: «Hay centros donde la coordinación no facilita mucho, donde hay coordinadores de enfermería que ponen más muros o tienen otras prioridades.»

«La gente se cansa de ser siempre las mismas personas las que tienen que llevar este programa adelante.»

Se señalan, además, la falta de una figura coordinadora o referente del programa (del centro de salud o municipal); la carencia de rutas con sombra, aseos y bancos; la falta de publicidad del programa y que no alcanza a determinados grupos poblacionales (hombres, jóvenes) que, señalan, pueda estar determinado por costumbres o «estereotipos» asociados al paseo grupal:

Tabla 2
Teoría del cambio en «La Ribera Camina»: algunas acciones propuestas y quién las propone

Tipo de acción propuesta	Quién la propone y cuántas veces			Total
	Profesionales sanitarios	Técnicos municipales	Caminantes	
Dedicar recursos humanos y económicos al programa (o aprovechar más existentes)	3	7	3	10
Actividad extra: Almuerzos saludables	3	3	1	7
Coordinación y planificación conjunta del programa entre CS y municipalidad	1	6		7
Más publicidad: carteles, redes sociales y en varias zonas de la ciudad	2	1	3	6
Fomentar sentido de grupo con camisetas o mochilas, etc.		3	2	5
Crear o mejorar rutas (incluye mejorar su señalización), con infraestructura adecuada (banco, baños, puntos de agua...)	1	3	1	5
Actividad extra: talleres sobre hábitos de salud		5		5
Implicar al grupo de senderismo u otras asociaciones (pacientes, amas de casa, falleros, caza, etc.)	2	3		5
Implicar a las direcciones para tener su apoyo	3	1	1	5
Involucrar a los hombres – buscarlos donde están, donde se reúnen	3	2		5
Tener a una persona facilitadora/dinamizadora – y definir quién sería		4	1	5
Decir a los pacientes que vayan al Camina	1		4	5
Mejorar coordinación interna del CS y responsabilidades del Camina (quién sale, cómo cubrir su trabajo, etc.)	5			5
Diversificar grupos según ritmos y necesidades y horarios		3	1	4
Recetar AF en Abucasis	3	1		4

FACILITADORES	BARRERAS
FACILITADORES ESTRUCTURALES	BARRERAS ECONÓMICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Aprovechar los recursos que hay para promover un hábito saludable.- Adhesión a Xarxa Salut y fondos para proyectos - La dirección médica apoya y fomenta el proyecto - Tener servicios "públicos" 	<ul style="list-style-type: none"> - Faltan incentivos - Faltan fondos o posibilidad de aplicar sin ser asociación 'formal' - Que las autoridades sanitarias quiten las subvenciones
FACILITADORES RELACIONALES Y PERSONALES	BARRERAS ESTRUCTURALES
<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales y voluntarios - Que las personas han visto qué beneficios aporta, para que continúen - Las personas se involucran más en el autocuidado - Importancia de creérselo - Algunas personas van porque está el médico o la enfermera y se siente más tranquilas - Implicación de profesionales - Las personas se involucran más en el autocuidado - En un futuro podría ser motivo de ahorro sanitario y en medicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta coordinación entre instituciones - Falta cohesión política - Falta de otras asociaciones que se impliquen - Necesidad de una persona que dinamiza la actividad de una forma más estable - Falta participación formal del ayuntamiento - Problemas de organización: falta apoyo desde coordinación, se cree que es voluntario, o solo para enfermería - Pérdida de motivación en pacientes o profesionales - Falta creérselo
	BARRERAS FÍSICAS Y SOCIALES
	<ul style="list-style-type: none"> - Faltan rutas con sombras, aseos y bancos - Falta publicidad, no es conocido por la mayoría de ciudadanos. Se debería dar a conocer en los CS, hospitales y ayuntamientos - Diferentes necesidades en los grupos: rápido/lento; caminar que se confunde con perder peso - No poder llegar a más público – falta participación hombres y gente joven

Figura 3. Teoría del cambio en «La Ribera Camina»: elementos facilitadores y dificultades. CS: centro de salud.

Municipios: «Yo creo que los hombres quieren cosas más cuantificables, tipo cuántos metros de cinta, mientras que en las mujeres, el elemento social, el salir, pesa más. Como decía el compañero, cuando montas una prueba, tipo competición deportiva, los hombres se apuntan. Pero cuando es "pegar el passeget" (dar el paseíto), la actitud es "bah, això no" (bah, eso no). Sin embargo, al gimnasio totalmente.»

Discusión

La teoría del cambio es una herramienta que permite entender cómo los programas producen una serie de resultados y cómo estos contribuyen a lograr los impactos finales previstos¹⁹. En este estudio se ha utilizado esta metodología para monitorizar un programa

en funcionamiento²⁰ con el fin de utilizar la información como base para su evaluación y, en la fase de implementación, para adaptar su diseño e incorporar nuevas actividades y acciones que partan de las propuestas realizadas. La teoría del cambio ha permitido conocer mejor el funcionamiento interno del programa contando con la opinión de los agentes en él implicados, incluyendo las personas caminantes. Todo esto posibilita profundizar en el conocimiento de los procesos de cambio y su complejidad, contribuye a la generación de evidencias y promueve una práctica reflexiva^{2,20,21}. La teoría del cambio se muestra útil como metodología de investigación en salud comunitaria⁷ y, especialmente, facilita la participación ciudadana en la evaluación de los programas⁹. Existen experiencias que recomiendan el enfoque de la teoría del cambio para incrementar la efectividad, la sostenibilidad y la transferencia de intervenciones complejas²².

En los cambios identificados destaca que, a pesar de que «La Ribera Camina» es un programa de promoción de la actividad física, los cambios señalados por los tres grupos no solo contemplan aspectos de salud física, sino que también otorgan igual valor, o incluso más, a los cambios relacionados con la salud mental y las relaciones sociales y a los cambios en el programa y en el entorno físico. Resultados similares se han obtenido al evaluar otros programas grupales de promoción de la actividad física, como «Ttipi-Ttapa» en el País Vasco²³ o «Walking for Health» en Inglaterra²⁴; también en programas similares dirigidos a personas con diversidad funcional o enfermedad mental^{25,26}.

Por otra parte, es interesante la reflexión sobre los cambios organizativos y relacionales que aporta cada uno de los grupos. Se constata una modificación de posicionamiento de las dos principales instituciones implicadas: municipios y centros de salud. Desde los municipios se sitúa el programa en el ámbito de las políticas locales de salud y en una mayor implicación de los ayuntamientos en su promoción. Desde atención primaria se plantea la necesidad de que todo el equipo dé un mayor soporte al programa y una mayor importancia a la actividad física. La ciudadanía destaca el cambio provocado en la relación entre población y profesionales. En cuanto a los cambios organizativos y relacionales a largo plazo, los tres ámbitos coinciden en situar al programa como tractor de intersectorialidad, colaboración interinstitucional y participación ciudadana. Esta visión del programa como motor de cambios organizativos y colaboración intersectorial es clave para entender la complejidad que caracteriza a los programas de promoción de la salud^{27,28}. A pesar de esto, son escasos los estudios de evaluación que incluyen la intersectorialidad en su análisis²⁹. De ahí la importancia de buscar metodologías de evaluación más flexibles, como la teoría del cambio²¹, que permitan incluir cambios en determinantes sociales de la salud, y no evaluar exclusivamente aspectos físicos, asistencia a las actividades y satisfacción.

Limitaciones

Las personas elegidas para participar en los grupos focales de municipios y ciudadanía no representan toda la variedad de perfiles de agentes implicados. La selección del grupo de ciudadanía estuvo condicionada por los efectos de la pandemia. A pesar de ello, la finalidad del estudio, más que recoger las distintas opiniones «sobre» el programa, ha sido reflexionar sobre el «interior» del programa para hacer emerger todos sus elementos.

Por otro lado, la teoría del cambio del programa puede ser distinta según la realidad municipal. El estudio ha tratado de identificar aspectos comunes, pero puede haber diferencias según el contexto.

Los recursos que se identifican como necesarios para aplicar las propuestas de acción puede que no coincidan con los existentes. Habrá que realizar un ajuste entre lo ideal y lo posible para que se puedan llevar a la práctica.

Por último, añadir que toda la información obtenida en el estudio será devuelta en una sesión interactiva a las personas participantes en los cuatro grupos focales y los/las responsables del programa en cada centro de salud y municipio. El objetivo de esta sesión será modificar de manera participativa el documento-programa incluyendo un nuevo plan de evaluación.

Como conclusión, la metodología de la teoría del cambio se muestra como una herramienta facilitadora, y relativamente sencilla de implementar, para diseñar y evaluar programas; promueve la participación y facilita la identificación de puntos en común de los diferentes agentes implicados, así como sus diferentes perspectivas. Todo ello enriquece la mirada de las personas responsables del programa y se obtienen múltiples propuestas de mejora.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La teoría del cambio es una herramienta útil para facilitar tanto la planificación como la evaluación de intervenciones en promoción de la salud en el ámbito comunitario. Con ella se pretende elaborar de forma participativa una representación visual de cómo funciona un programa y decidir conjuntamente qué acciones llevar a cabo.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Aplicar la teoría del cambio a un programa de promoción de la actividad física ha permitido identificar y clasificar los cambios que logrará, enunciando las acciones necesarias para conseguirlos según la opinión de los agentes implicados.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados permitirán la mejora del diseño y la evaluación del programa analizado, y su consolidación. Esta experiencia es transferible a otros programas que deseen incorporar la participación en su diseño y evaluación.

Editor responsable del artículo

Mariano Hernán-García.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

J. Paredes fue responsable del diseño y del componente formativo del proyecto. C. Herrero, M. Verdeguer, M. Niclos, J. Paredes y A. Ródenas convocaron a los participantes y realizaron las entrevistas. V. Casseti realizó la transcripción y el primer análisis de los resultados. A. Egea, J. Paredes y M. Niclos coordinaron y elaboraron el primer borrador del manuscrito. Todas las personas firmantes participaron también en el análisis de los resultados y consensuaron la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

Los/las autores/as desean hacer explícito su agradecimiento a todas las personas participantes en «La Ribera Camina», profesionales de la sanidad, caminantes, voluntariado, representantes de asociaciones ciudadanas e instituciones que hacen posible el programa.

Financiación

El proyecto fue financiado en la convocatoria de ayudas del programa FISAP 2019 «I Convocatoria de ayudas para la realización de proyecto de I+D+i en el ámbito de la Atención Primaria» de la fundación FISABIO (Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària

i Biomèdica de la Comunitat Valenciana) de 2019, y se desarrolló entre 2020 y 2021.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Autorización CEI

Este estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera, Comunitat Valenciana. Se elaboró una hoja informativa sobre el proyecto y un modelo de consentimiento informado que fue firmado por todas las personas participantes en los grupos focales.

Bibliografía

- Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ, López-Ruiz V, et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32 (Supl 1):41–7.
- Egea-Ronda A, López-Ruiz M, Castillo M. Evidencia(s) en salud comunitaria: integrando significado, contexto y medida. *AMF.* 2021;17:297–303.
- Connell JP, Kubisch AC, Schorr LB, et al. New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts. Queenstown: The Aspen Institute for Humanistic Studies; 1995.
- Anderson A. The community builder's approach to theory of change. Queenstown: The Aspen Institute; 2006.
- Judge K, Bauld L. Strong theory and flexible methods: evaluating complex community-based initiatives. *Crit Public Health.* 2001;11:19–38.
- Breuer E, Lee L, De Silva M, et al. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implement Sci.* 2015;11:63.
- Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ. La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y evaluación participativa en salud comunitaria. *Gac Sanit.* 2020;34:305–7.
- O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2013.
- Rebollo Izquierdo O, Morales Morales E, González Motos S, et al. Guía operativa de evaluación de acción comunitaria. IGOP/UAB; Barcelona; 2016. Disponible en: https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf.
- Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, et al. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria.* 2020;52:32–43.
- Hanson S, Jones A. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015;49:710–5.
- Kelly P, Kahlmeier S, Gótschi T, et al. Systematic review and meta-analysis of reduction in all-cause mortality from walking and cycling and shape of dose response relationship. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11:132.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34:220–33.
- Mason P, Barnes M. Constructing theories of change: methods and sources. *Evaluation.* 2007;13:151–70.
- Nesta. The Social Innovation Partnership. Guidance for developing a theory of change for your programme. 2011.p. 1-6. Disponible en: https://media.nesta.org.uk/documents/theory_of_change_guidance_for_applicants_.pdf.
- Morgan D. Focus groups and social interaction. En: Holstein JA, Marvasti AB, Karyn D, editores. *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2012. p. 161–76.
- Braun V, Clarke V. Thematic analysis. En: Cooper H, Camic PM, Long DL, et al., editores. *APA Handbook of research methods in psychology. Research designs: quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological.*, Vol. 2. Washington, DC: American Psychological Association; 2012. p. p57–71.
- NVivo: Qualitative Data Analysis. Disponible en: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/about/nvivo/who-its-for/health>.
- Rogers P. La teoría del cambio, síntesis metodológicas: evaluación de impacto n.º 2. Centro de Investigaciones de UNICEF. 2014. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%20Theory%20of%20Change_ES.pdf.
- Retolaza I. Teoría del cambio. Una brújula para orientarse en el camino. 2018. Disponible en: <http://metodos-avanzados.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/216/2021/06/Teoria-de-Cambio-Una-brujula-para-orientarte-en-el-camino-1.pdf>.
- Cassetti V, Paredes Carbonell JJ. Participatory approaches to research intersectoral actions in local communities. Using theory of change systems thinking and qualitative research to engage different stakeholders and foster transformative research processes. En: Jourdan D, Potvin L, editores. *Global Handbook of Health Promotion. Mapping Health Promotion Research.*, Vol. 1. Cham: Springer; 2022.
- De Silva MJ, Breuer E, Lee L, et al. Theory of change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials.* 2014;15:267.
- Calderón C, Errasti N, Virto C, et al. Rutas saludables, más allá del ejercicio físico: evaluación de una experiencia en población mayor de Gipuzkoa. *Gac Sanit.* 2021;35:3–11.
- South J, Giuntoli G, Kinsella K. An evaluation of the Walking for Wellness project and the befriender role. *Natural England Commissioned Reports;* 2012: Number 118.
- Mitchell F, Stalker K, Matthews L, et al. A qualitative exploration of participants' experiences of taking part in a walking programme: perceived benefits, barriers, choices and use of intervention resources. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018;31:110–21.
- Priest P. The healing balm effect: using a walking group to feel better. *J Health Psychol.* 2007;12:36–52.
- Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int.* 2018;33:4–26.
- Cassetti V. Place-based partnership working. En: Foot J, Hopkins T, Rippon S, et al., editores. *A glass half-full: 10 years on review.* 2020. Disponible en: <https://www.local.gov.uk/place-based-partnership-working>.
- Paredes-Carbonell JJ, Ródenas A, Cassetti V. Practicar la intersectorialidad en salud o cómo romper muros para trabajar conjuntamente. *AMF.* 2021;17:285–91.