

Informe SESPAS

Coordinación entre salud pública y asistencia sanitaria: imprescindible para el desarrollo de funciones de salud pública



Manuel F. Herrera Artiles^a, M. Pilar López-Sánchez^{b,c},
Elena Vanessa Martínez-Sánchez^{d,e,*} y M. Isabel Pasarín Rúa^{e,f,g,h}

^a Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia, España

^c Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

^d Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, Ministerio de Sanidad, Madrid, España

^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^f Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^g Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España

^h Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de octubre de 2025

Aceptado el 21 de marzo de 2026

Palabras clave:

Salud pública
Servicios de salud
Cooperación intersectorial
Funciones esenciales de salud pública
Buenas prácticas
Análisis DAFO

R E S U M E N

Objetivo: Analizar dos buenas prácticas de coordinación intersectorial impulsadas desde la salud pública, que incluyen la atención primaria y otros sectores sanitarios y no sanitarios, e identificar las fortalezas y debilidades percibidas por profesionales de la salud pública y la atención primaria para el desarrollo de una coordinación eficaz.

Método: Se llevó a cabo un estudio cualitativo y participativo basado en el análisis de dos experiencias consolidadas: el programa mihsalud (Valencia) y el Plan de Acción sobre Drogas y Adicciones de Barcelona (PADAB). El estudio combinó una revisión descriptiva de las prácticas con un análisis estratégico participativo mediante la metodología DAFO-CAME. En este segundo análisis participaron 27 profesionales de salud pública y atención primaria de una comunidad autónoma, seleccionados de forma intencional, que identificaron fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la coordinación, así como propuestas de mejora.

Resultados: Ambas experiencias muestran que la gobernanza compartida, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial favorecen la integración entre salud pública y asistencia sanitaria, contribuyendo a la sostenibilidad y la efectividad de las intervenciones. Entre las principales fortalezas destacan la cualificación profesional, la existencia de marcos normativos favorables y las alianzas interinstitucionales. No obstante, se identifican debilidades persistentes, como la fragmentación organizativa, la falta de interoperabilidad de los sistemas de información, la escasa formación conjunta y la insuficiente financiación estable. El análisis DAFO-CAME permitió definir estrategias orientadas a reforzar la formación interdisciplinaria, mejorar la interoperabilidad, reducir la burocracia y consolidar marcos de gobernanza estables.

Conclusiones: La coordinación efectiva entre salud pública y asistencia sanitaria es indispensable para mejorar la equidad, la eficiencia del sistema y los resultados en salud. Las experiencias analizadas aportan aprendizajes transferibles que evidencian la necesidad de reformas estructurales, inversión sostenida y fortalecimiento de la gobernanza colaborativa para avanzar hacia modelos integrados y sostenibles.

© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A B S T R A C T

Objective: To analyze two good practices of intersectoral coordination promoted by public health, including primary care and other health and non-health sectors, and to identify the strengths and weaknesses perceived by public health and primary care professionals for the development of effective coordination.

Method: A qualitative and participatory study was conducted based on the analysis of two well-established experiences: the mihsalud program (Valencia) and the Barcelona Action Plan on Drugs and Addictions (PADAB). The study combined a descriptive review of the practices with a participatory strategic analysis using the SWOT methodology. A total of 27 public health and primary care professionals from one autonomous community were purposively selected to identify strengths, weaknesses, opportunities, and threats related to coordination, as well as proposals for improvement.

Keywords:

Public health
Health services
Intersectoral collaboration
Essential public health functions
Best practices
SWOT analysis

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: elenix.vanix@gmail.com (E.V. Martínez-Sánchez).

Results: Both experiences show that shared governance, community participation, and intersectoral collaboration facilitate the integration of public health and healthcare services, contributing to the sustainability and effectiveness of interventions. Key strengths include professional expertise, the existence of supportive regulatory frameworks, and interinstitutional partnerships. Nevertheless, persistent weaknesses were identified, such as organizational fragmentation, lack of interoperability of information systems, limited joint training, and insufficient stable funding. The SWOT analysis made it possible to define strategies aimed at strengthening interdisciplinary training, improving interoperability, reducing bureaucracy, and consolidating stable governance frameworks.

Conclusions: Effective coordination between public health and healthcare services is essential to improve equity, system efficiency, and health outcomes. The experiences analyzed provide transferable lessons that highlight the need for structural reforms, sustained investment, and the strengthening of collaborative governance to move toward integrated and sustainable models.

© 2026 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puntos clave

- La coordinación entre salud pública y asistencia sanitaria, atendiendo a los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la salud, requiere la coordinación con otros sectores y actores comunitarios.
- La coordinación interadministrativa de las administraciones estatal, autonómica y local garantiza la coherencia y la eficacia de las políticas y los programas de salud pública.
- La capacitación de los profesionales de salud pública es fundamental para desarrollar estructuras de participación comunitaria y tejer la intersectorialidad.
- La complejidad de la coordinación requiere analizar las buenas prácticas, así como conocer la opinión de los profesionales, con el fin de identificar fortalezas y debilidades.
- La coordinación intersectorial, la participación comunitaria, los marcos normativos claros, las estructuras de gobernanza estables y los mecanismos de financiación sostenibles son clave para afrontar los retos actuales y del futuro de los sistemas de salud con efectividad.

Introducción

Lograr mayores ganancias en salud, tal como promueve la Ley General de Salud Pública¹, exige una organización social que fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto individual como colectiva².

El hecho de que la salud pública tenga como objetivo proteger y mejorar la salud colectiva implica que sus servicios rara vez puedan ejercer sus funciones actuando de forma aislada, requiriendo habitualmente una coordinación con otros sectores y actores comunitarios³. Además, en determinadas funciones, el sector sanitario resulta básico, ya que aporta información, capacidad asistencial y recursos técnicos indispensables para la vigilancia, la prevención y la respuesta para actuaciones sanitarias⁴. Esta interdependencia es clave para garantizar políticas integradas y sostenibles que promuevan la equidad y el bienestar poblacional⁵.

Una coordinación efectiva debe abordar de manera integral y multinivel la prevención, la detección temprana y el manejo adecuado de una amplia gama de afecciones, que incluya tanto las enfermedades no transmisibles como las transmisibles, así como los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la salud, tales como las condiciones de vida y trabajo, el nivel educativo, el entorno físico y social, y las desigualdades estructurales⁶, desarrollando estrategias que promuevan la participación comunitaria y el empoderamiento de la ciudadanía para garantizar su sostenibilidad⁷.

La coordinación efectiva entre la salud pública y la asistencia sanitaria constituye una estrategia fundamental para optimizar los resultados en salud, promover la equidad y mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios⁸. Esto exige un sistema de salud pública que no solo actúe a través de sus propios dispositivos, ni que se limite a influir en la incorporación de la salud en todas las políticas y en la evaluación de impacto, sino que también integre y coordine las acciones de prevención y promoción desarrolladas en la asistencia sanitaria, junto con las iniciativas de otros sectores que repercuten en la salud⁸⁻¹⁰.

El enfoque basado en la asistencia sanitaria es clave para esta coordinación, especialmente en un contexto de creciente multimorbilidad, permitiendo acercar servicios asequibles y de calidad a la comunidad y ofrecer asesoramiento sobre la reducción de factores de riesgo⁶. La coordinación debe extenderse más allá de la atención primaria y especializada, involucrando activamente a los servicios sociales y a otros sectores como educación, deporte, urbanismo, infraestructuras, industria y medio ambiente, en una lógica de intersectorialidad que reconozca los determinantes sociales y ambientales de la salud^{2,11,12}. La colaboración interadministrativa de los diferentes niveles de gobierno (estatal, autonómico y local) es también crucial para garantizar la coherencia y la eficacia de las políticas y los programas de salud pública^{2,13}.

Los profesionales de la salud pública constituyen un colectivo multiprofesional clave para la protección y la mejora de la salud poblacional¹⁴, y desempeñan un papel central como agentes de coordinación y articulación del sistema, aplicando conocimientos técnicos y habilidades transversales en análisis de datos, epidemiología, evaluación, gestión y toma de decisiones^{1,2}. Asimismo, son esenciales para proporcionar información científica a los servicios asistenciales, fomentar la toma de decisiones basada en la evidencia, colaborar en la dirección estratégica y establecer mecanismos de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y los dispositivos de prevención. Su participación en equipos multidisciplinares permite un abordaje más complejo, holístico y contextualizado de las necesidades y las oportunidades en salud¹⁵, desarrollando estructuras de participación comunitaria en las zonas de salud¹⁶.

La colaboración robusta y bien definida es indispensable. Esto implica no solo el trabajo operativo en equipo, sino también la colaboración en red y el establecimiento de alianzas estratégicas entre instituciones sanitarias, administraciones públicas, entidades sociales y la comunidad para abordar los determinantes sociales de la salud. La «salud en todas las políticas» es un principio clave que impulsa la coordinación intersectorial y la integración de políticas no sanitarias con influencia en la salud^{2,11,17}. Desde el punto de vista organizativo, se requiere el desarrollo de modelos que acerquen las estructuras de salud pública a la asistencia sanitaria, especialmente en relación con la atención primaria, promoviendo la colaboración directa y la integración funcional. La creación de órganos o mecanismos de coordinación intersectorial es una acción prevista por la

Ley General de Salud Pública para la implementación de la salud en todas las políticas. La gobernanza y el liderazgo son reconocidos como factores críticos de éxito para el desarrollo de estrategias de coordinación e integración¹⁸.

En definitiva, la coordinación y la integración efectiva con los niveles asistenciales que requiere la salud pública, junto con la participación comunitaria¹⁹, son condiciones necesarias para mejorar la equidad en el acceso a los servicios de calidad, reducir los déficits de cobertura, fortalecer la respuesta ante emergencias sanitarias y, en última instancia, obtener mejores resultados en salud para la población española^{6,18,20,21}.

El objetivo de este trabajo fue analizar dos buenas prácticas promovidas desde la salud pública, basadas en la coordinación intersectorial, incluyendo atención primaria y otros ámbitos sanitarios, así como analizar las fortalezas y las debilidades percibidas por los profesionales de salud pública y de atención primaria para el desarrollo de una coordinación eficaz entre ambas áreas.

Método

Se empleó una metodología cualitativa y participativa, orientada al análisis estratégico y a la comprensión contextual de buenas prácticas seleccionadas, combinando una revisión descriptiva y técnicas grupales para la identificación de factores clave en tres comunidades autónomas: Comunitat Valenciana, Canarias y Cataluña^{21,22}.

De acuerdo con los principios de la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, se analizaron iniciativas que suponen una mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto, que son reconocidas y compartidas para contribuir a la mejora continua y la innovación en la atención sanitaria. Para ello se seleccionaron tres prácticas siguiendo criterios que garantizan su relevancia y rigor: 1) depender de servicios de salud pública e incorporar la coordinación intersectorial, incluyendo el ámbito sanitario, como elemento constitutivo e imprescindible, 2) articular diferentes niveles y ámbitos de gobernanza, y 3) ser consideradas como buenas prácticas en coordinación. Estas características permiten analizar experiencias consolidadas de coordinación intersectorial con potencial de generar aprendizajes transferibles.

El análisis de las prácticas se centró en identificar el rol de la salud pública y de los servicios sanitarios asistenciales, así como los agentes implicados en la coordinación. Además, se realizó una evaluación de las fortalezas y las debilidades de las relaciones establecidas durante su diseño y ejecución, considerando los aportes positivos para el logro de objetivos y las limitaciones derivadas de la implicación de múltiples actores. Esta identificación fue llevada a cabo por los equipos de salud pública responsables de ambas iniciativas, directamente implicados en su desarrollo: P.L. con el equipo de trabajo impulsor del programa mihsalud²³ y M.I.P. con el equipo del Departamento de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), que realiza el trabajo de liderazgo y elaboración del Plan de Acción sobre Drogas y Adicciones de Barcelona (PADAB).

Para la evaluación de las fortalezas y las debilidades de la coordinación entre salud pública y atención primaria se aplicó una metodología participativa de análisis estratégico basada en la herramienta DAFO-CAME. Este enfoque permitió identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO), así como definir acciones específicas para su abordaje mediante el modelo CAME (corregir, afrontar, mantener y explotar), lo que facilitó la identificación tanto de los principales activos del sistema como de los factores que limitan su desarrollo.

En la evaluación participaron 27 profesionales de salud pública y atención primaria de Canarias, seleccionados de forma intencional con el fin de garantizar la diversidad profesional y una perspectiva multidisciplinaria. La distribución de los participantes fue la

siguiente: salud pública, 14 profesionales (8 mujeres y 6 hombres) pertenecientes a las disciplinas de medicina (n = 3), farmacia (n = 4), veterinaria (n = 4) y enfermería (n = 3); y atención primaria, 13 profesionales (9 mujeres y 4 hombres) procedentes de medicina (n = 5), enfermería (n = 7) y farmacia (n = 1).

La recogida de información se llevó a cabo mediante una única sesión presencial desarrollada en tres jornadas diferenciadas, con grupos mixtos de 10, 8 y 9 participantes, respectivamente. Durante estas sesiones se identificaron y discutieron de manera colectiva los elementos del análisis DAFO, a partir de las percepciones de los participantes sobre la coordinación entre los niveles de salud pública y asistencia sanitaria, aunque centrada principalmente en la atención primaria. Posteriormente, se elaboró un plan de acción con enfoque CAME, orientado a reducir debilidades y amenazas, y a potenciar fortalezas y oportunidades. A partir de este primer nivel de análisis se realizó un segundo nivel analítico destinado a identificar los principales desafíos que limitan la coordinación efectiva entre la salud pública y la asistencia sanitaria en general.

Las sesiones se desarrollaron siguiendo una estructura común previamente definida. Cada una de ellas se inició con una introducción a cargo del equipo facilitador, en la que se contextualizó el tema a tratar, se explicaron los objetivos de la sesión y se presentó la metodología de trabajo. En particular, se expuso el propósito de identificar de manera participativa los elementos del análisis DAFO en relación con la coordinación entre la salud pública y la asistencia sanitaria en general, así como su posterior traducción en propuestas de acción mediante el enfoque CAME.

Tras esta introducción, se llevó a cabo una fase de trabajo grupal en la que los participantes identificaron y debatieron los distintos elementos DAFO, favoreciendo la reflexión compartida y el contraste de perspectivas profesionales. Esta fase se apoyó en técnicas de discusión guiada y consenso, con el fin de priorizar los aspectos considerados más relevantes.

Posteriormente se celebró una sesión plenaria en la que se pusieron en común los resultados, se validaron colectivamente los elementos identificados y se avanzó en la formulación de estrategias CAME, orientadas a corregir debilidades, afrontar amenazas, mantener fortalezas y explotar oportunidades. A partir de este primer nivel de análisis se realizó un segundo nivel analítico destinado a identificar los principales desafíos que limitan la coordinación efectiva entre la salud pública y la asistencia sanitaria en general, integrando y sintetizando los resultados obtenidos.

Cada sesión concluyó con una síntesis de los principales hallazgos, asegurando una comprensión compartida de los resultados y de los retos estratégicos identificados.

Resultados

Buenas prácticas de coordinación en salud pública

Se analizaron dos experiencias: el programa mihsalud (Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud) y el PADAB. El primero, con más de 15 años de evolución (2006-2023), reconocido como buena práctica por el Ministerio de Sanidad²⁴, corresponde a un nivel de gobernanza comunitaria para reducir desigualdades en salud y fomentar la cohesión social en contextos urbanos de vulnerabilidad. El PADAB, con más de tres décadas de trayectoria, se ubica en el nivel de gobernanza local y articula políticas para prevenir y abordar problemas relacionados con drogas y adicciones. En ambos casos, la coordinación intersectorial emerge como elemento clave para integrar salud pública, atención sanitaria y otros sectores, garantizando la sostenibilidad y la efectividad.

Programa mihsalud

En 2006, el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV), dependiente de la Generalitat Valenciana, impulsó una intervención

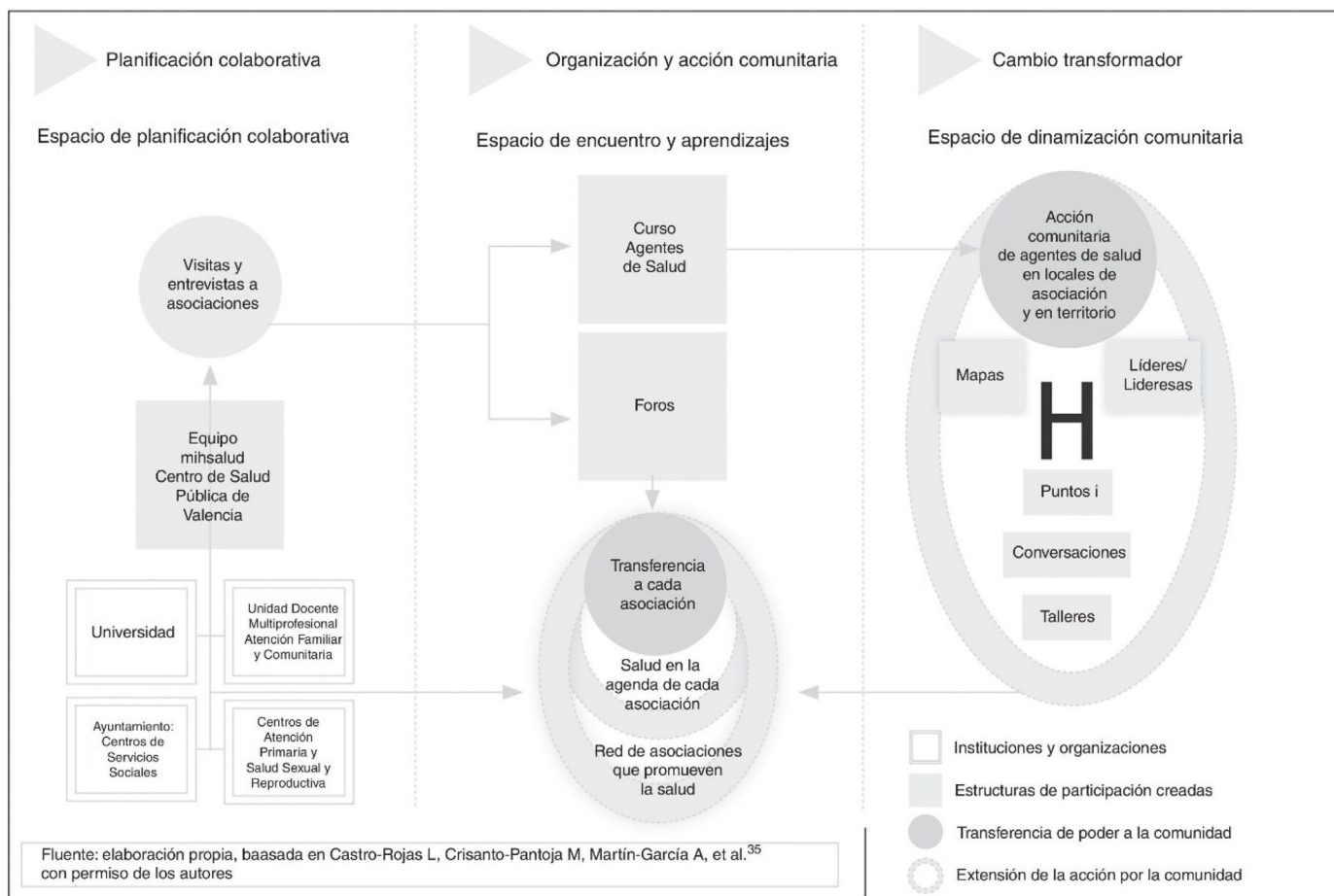


Figura 1. Modelo de participación y acción del programa mihsalud 2018²⁵.

innovadora de investigación-acción participativa en promoción de la salud con la Asociación para la Cooperación entre Comunidades (ACOEC), desarrollando herramientas participativas²⁵, coordinándose con atención primaria y especializada, ayuntamientos, entidades y asociaciones²⁶, y otros recursos comunitarios, con el objetivo de promover la salud y la participación con un uso adecuado de los recursos sanitarios y sociales, integrando la perspectiva de género y la interculturalidad.

Se desarrollaron tres líneas de acción: 1) formación de profesionales en promoción de la salud y diversidad cultural; 2) generar espacios de participación²⁷ con la ciudadanía; y 3) formación-acción de agentes de salud de base comunitaria²⁸. Todo ello, fomentando la participación comunitaria a través de la educación entre iguales en el cuidado de la salud.

1) Rol de salud pública

El CSPV colideró el programa con la ACOEC, con centros de salud de atención primaria y especializada de la ciudad, y con la colaboración de los recursos municipales y las asociaciones. El CSPV se responsabilizó del seguimiento y la evaluación del programa^{29,30}, así como de monitorizar la dinamización comunitaria.

2) Rol del sistema sanitario asistencial

Participó activamente en el diseño, en reuniones conjuntas de profesionales de salud pública, de atención primaria y la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, estableciendo alianzas estratégicas y coordinación entre centros de atención primaria, centros

de salud sexual y reproductiva, y recursos comunitarios (servicios sociales, farmacias, locutorios, etc.), con la comunidad. Especialistas residentes en medicina y profesionales de enfermería familiar y comunitaria participaron en la docencia durante la formación de agentes de salud de base comunitaria y en la dinamización comunitaria.

3) La coordinación

Existen momentos clave en el diseño participativo del programa, que recogen las aportaciones de la propia población en los foros comunitarios²⁷ definiendo objetivos, el seguimiento y el desarrollo de la dinamización comunitaria. En la figura 1 se presenta el modelo de participación del programa.

4) Fortalezas y debilidades de las relaciones

En la tabla 1 se recogen las principales fortalezas y debilidades detectadas por las personas clave del programa mihsalud. Entre sus fortalezas se encuentran el diseño participativo y el diálogo directivo, la evaluación del programa que enfrenta debilidades como la falta de apoyo estructural para su sostenibilidad y credibilidad en las políticas promotoras de salud, evidenciando carencias en la agenda de profesionales marcados por tiempos comunitarios. Entre las debilidades destacan las relacionadas con la diferente prioridad otorgada a la promoción de la salud y la dependencia de los procesos y de recursos humanos de las diferentes organizaciones implicadas.

Tabla 1

Fortalezas y debilidades de las relaciones que se establecen para el diseño y la ejecución del programa mihsalud

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la Estrategia de Salud Comunitaria en la Comunitat Valenciana, mediante el diseño de un programa innovador y participativo, definición de objetivos consensuados de promoción de la salud • El programa fomentó el trabajo en red entre profesionales sanitarios de salud pública y atención primaria, asociaciones, recursos municipales y comunitarios, con el fin de fortalecer la colaboración intersectorial y la participación activa de la ciudadanía • El diálogo con responsables directivos de las instituciones implicadas permite impulsar el programa por salud pública, coordinadamente con atención primaria y especializada, EVES, ayuntamiento, tejido asociativo y comunidad • Incluir la formación de ASBC en la oferta de cursos de la EVES dirigidos a la ciudadanía, incorporando como docentes a MIR y EEFyC, permitió generar experiencia y coordinación de participación comunitaria, impulsando la formación a Valencia, Alicante y Castellón • El seguimiento y la evaluación permiten mantener un diálogo constante con recursos comunitarios, asociaciones, asistencia sanitaria y entidades municipales • Este proceso facilita avanzar en la construcción de un lenguaje común, compartir objetivos y generar confianza • Asimismo, es clave identificar el liderazgo de las personas formadas como ASBC, quienes promueven la participación en el cuidado de la salud y difunden mensajes³⁰ de salud entre iguales • Empoderamiento de las personas formadas como ASBC, que ha transformado sus vidas en su entorno más próximo, llegando a sus países de origen (p. ej., prevención de mutilación femenina, creación de una red de ASBC) • La colaboración entre salud pública y atención primaria impulsa la promoción de la salud en las asociaciones, que a su vez se transforman en entidades generadoras de salud en la comunidad • Identificar las personas responsables del programa y aquellas participantes que lideran la promoción de mensajes de salud entre iguales • Identificación de indicadores que permitan monitorizar las acciones de promoción de salud comunitaria³¹ en relación con la economía de la salud^{32,33}, para la transferencia de buenas prácticas en el territorio • Alta valoración de salud pública, atención primaria y comunidad, por el liderazgo de las asociaciones, y de ASBC que promueven la participación activa de salud intercultural • mihsalud facilita generar alianzas y relaciones profesionales y confianza para el desarrollo del empoderamiento comunitario y la cohesión social • Realizada evaluación²⁹ de 4.ª generación que implicó a múltiples actores • Elaboración de guías y evidencia científica que documenta todo el proceso • La interdisciplinariedad y la intersectorialidad permiten dar una respuesta más flexible e integral a la complejidad inherente a la estrategia de promoción de salud y participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Al principio, tanto los recursos municipales como las asociaciones tuvieron dificultades para identificar la relación entre su actividad y los objetivos del programa • Escasez de profesionales con experiencia en coordinación con ASBC en atención primaria para impulsar la participación comunitaria • Desajuste en la agenda de profesionales de atención primaria referentes de comunitaria en relación a los «tiempos comunitarios» distintos del horario asistencial establecido • Deficiente infraestructura de recursos humanos, tanto de profesionales sanitarios como de ASBC implicados en proyectos de salud, dificultando mantener la confianza y la sostenibilidad del programa a largo plazo • Existen dificultades para delegar poder en promoción de la salud al tejido asociativo y a la ciudadanía • Pocas convocatorias de promoción de la salud dirigidas al ámbito asociativo incluyen como requisito la figura de ASBC • Fragilidad de las pequeñas asociaciones para mantener las acciones de promoción de la salud y fidelizar vínculos con ASBC para que se mantengan en el tiempo³¹ • Falta de indicadores que identifiquen los activos para la salud y su relación con la disminución de enfermedades y de costes sanitarios para su recuperación • Falta de apoyo estructural y económico para la sostenibilidad del programa tras la pandemia • La asistencia sanitaria ha priorizado los programas de prevención de vacunas, cáncer y otros • La formación de ASBC actualmente no está incluida en la EVES y la realiza ACOEC • La falta de continuidad de espacios de encuentro (foros comunitarios), y de las personas de referencia, así como la formación de ASBC, hacen que disminuya la confianza y la credibilidad en el programa • Falta de fortalecimiento de la educación entre iguales impulsada por ASBC coordinados con profesionales sanitarios

ACOEC: Asociación para la Cooperación entre Comunidades; ASBC: agentes de salud de base comunitaria; EVES: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; MIR: médicos internos residentes; EEFyC: enfermería familiar y comunitaria.

Tabla 2
Fortalezas y debilidades de las relaciones establecidas para el diseño y la ejecución del Plan de Acción sobre Drogas y Adicciones de Barcelona (PADAB)

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la coherencia de los objetivos a conseguir desde diferentes sectores en orientación a la mejora de la salud colectiva • El diálogo entre cargos directivos de diferentes áreas permite introducir los objetivos de salud pública en los planes de otros sectores • Hacer seguimiento y evaluación permite mantener el diálogo con sectores no sanitarios, y esto permite avanzar en compartir lenguaje, conceptos y objetivos • En lo que para la ciudadanía es un problema con responsabilidades políticas es más fácil que se establezcan mejores tipos de relación con más alto grado de compartir objetivos y planes de acción • Identificar las personas responsables de las acciones del PADAB y los indicadores con los que se seguirán su desarrollo y su resultado • La alta valoración política del PADAB, el cual se trabaja políticamente para lograr el máximo consenso y que se lleva a aprobar por el plenario municipal • Facilita la generación de relaciones profesionales y alianzas para un trabajo conjunto posterior • La intersectorialidad permite dar una respuesta más flexible e integral a la complejidad inherente en las políticas de drogas y a posibles cambios sociales y de contexto 	<ul style="list-style-type: none"> • La prioridad de los objetivos de salud colectiva es diferencial para los diversos sectores • Es frecuente que se considere que los problemas del impacto de las drogas sobre la salud deben ser abordados desde los profesionales sanitarios (salud pública y sistema de atención sanitaria) • Es más costoso en tiempo y dinero • Lo que la ciudadanía no reclama como un problema no adquiere la prioridad de sectores que podrían aportar al PADAB (p. ej., avanzar en las restricciones a la oferta y la disponibilidad de alcohol) • Sectorización rígida que no se adapta a las necesidades de las personas, especialmente cuando se abordan problemas muy complejos (p. ej., colectivo sin hogar y con problemas relacionados con consumo de sustancias), causando dificultades para planificar de manera intersectorial • El PADAB, a pesar de ser explicado como un plan de ciudad, no de salud pública, no deja de estar en segunda posición en otras áreas donde tienen planes propios que desarrollar (p. ej., plan de juventud, plan de seguridad, etc.) • La evaluación del PADAB es más compleja, ya que los resultados de las acciones provienen de múltiples actores y factores

El Plan de Acción sobre Drogas y Adicciones de Barcelona

El PADAB es el instrumento de la ciudad de Barcelona que define cada 4 años las líneas estratégicas, los objetivos y las acciones que en la ciudad se van a llevar a cabo para conseguir una mejora en la salud poblacional en relación con el consumo de sustancias y las adicciones. Comenzó en 1987 y desde entonces se ha conseguido el acuerdo político de los diferentes partidos que han estado en el gobierno de la ciudad. Este apartado va a tomar como referencia los últimos tres planes (2017-2020³⁴, 2021-2024³⁵ y el recientemente aprobado 2025-2028³⁶). En ellos, como puede consultarse en la lista de participantes de cada uno de los documentos citados, han intervenido profesionales de diferentes sectores de la administración pública y de los servicios de atención, entidades del tercer sector, personas de la población y representantes políticos.

1) El rol de salud pública

El PADAB es liderado por la ASPB, la cual se responsabiliza de su definición, seguimiento y evaluación, además de evaluar y monitorizar la salud de la población en relación con los problemas que trata el PADAB, así como de orientar en las intervenciones con evidencia de mejor impacto en la prevención en cualquiera de sus niveles. El PADAB, junto con el Plan de Salud y el Plan de Acción Municipal, son instrumentos de planificación que orientan la actuación de la ASPB, además de otros planes o políticas específicas que se desarrollan.

2) El rol del sistema sanitario asistencial

Participa en el PADAB como área que aborda el tratamiento y la reducción de daños. La coordinación se establece a varios niveles: directivo (implicación de los servicios centrales de la planificación sanitaria, el Consorci Sanitari de Barcelona), los equipos de los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, y los Comités operativos de Salud Mental y Adicciones, en los que están representados los diferentes proveedores de servicios de salud mental y adicciones.

3) La coordinación

El PADAB combina acciones desarrolladas directamente por la ASPB con otras impulsadas por diferentes áreas: servicios sanitarios

(atención primaria, centros de atención a las drogodependencias, salud mental y hospitales) y sectores no sanitarios, como servicios sociales, comercio, cultura, educación, turismo, seguridad y distritos especialmente afectados. Existen momentos clave en esta coordinación. El primero es la definición del plan, en el que se acuerdan las acciones de cada área considerando su impacto en el consumo de sustancias, con el objetivo de alinear políticas y programas sectoriales con los objetivos del PADAB, especialmente importante en la prevención ambiental. Otros momentos esenciales son el seguimiento y la evaluación del plan, así como la coordinación operativa necesaria para garantizar la coherencia en la implementación.

4) Fortalezas y debilidades

En la **tabla 2** se recogen las principales fortalezas y debilidades detectadas. Cabe destacar, como fortalezas del trabajo intersectorial, la coherencia de objetivos entre diferentes áreas que abordan de una manera u otra el problema, logrando incluir los objetivos de salud pública en otros sectores. Así mismo, la experiencia de trabajo intersectorial ayuda a que en el futuro se puedan abordar mejor problemas complejos. Entre sus debilidades destacan la diferente prioridad que un objetivo tiene para cada una de las áreas implicadas, así como que las diferentes sectorizaciones, que pueden ser rígidas, dificultan el trabajo intersectorial.

Elementos clave para mejorar la integración de salud pública con atención primaria

El análisis DAFO identificó retos y oportunidades para orientar acciones consensuadas desde la perspectiva profesional (**tabla 3**). El sistema sanitario, en particular la articulación entre los servicios de salud pública y la asistencia sanitaria, cuenta con fortalezas como la cualificación de los equipos, estructuras consolidadas en vigilancia y prevención, y un marco normativo que favorece la integración, lo que constituye una base sólida para avanzar hacia modelos coordinados. Sin embargo, persisten debilidades estructurales, como son la fragmentación organizativa y burocrática, la falta de interoperabilidad de los sistemas de información y la escasa formación conjunta en competencias interdisciplinarias. A ello se suma la limitada asignación de recursos a la salud pública frente al peso de la

Tabla 3
Fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas en la coordinación actual entre salud pública y atención primaria

Fortalezas (internas)	Debilidades (internas)	Oportunidades (externas)	Amenazas (externas)
<ul style="list-style-type: none"> • Estructuras de salud pública con experiencia en vigilancia y prevención • Marco normativo que favorece la integración de niveles asistenciales • Profesionales cualificados con experiencia interdisciplinaria • Tecnologías emergentes que facilitan la coordinación (historia clínica electrónica, telemedicina, sistemas de información compartidos) • Potencial impacto en políticas públicas y gestión sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentación organizativa y burocrática entre servicios • Falta de interoperabilidad de los sistemas de información • Escasa formación conjunta en trabajo colaborativo interdisciplinario • Recursos limitados para salud pública respecto a la asistencia clínica • Dificultad para obtener datos integrados entre salud pública y asistencia sanitaria • Posible dispersión conceptual si no se delimita bien el enfoque • Limitaciones metodológicas si no se definen indicadores de coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor conciencia social y política sobre prevención y promoción de la salud • Fondos para transformación digital y fortalecimiento sanitario • Creciente participación comunitaria y civil • Nuevos modelos de atención centrados en salud poblacional • Interés creciente por la salud pública tras la pandemia • Políticas de salud orientadas a la integración de servicios • Disponibilidad de experiencias de éxito en los ámbitos nacional e internacional • Posibilidad de colaboración interdisciplinaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia al cambio de estructuras tradicionales • Inestabilidad política que afecta la continuidad de políticas sanitarias • Nuevas crisis sanitarias que sobrecargan el sistema • Crecientes desigualdades socioeconómicas • Fragmentación institucional entre niveles asistenciales y salud pública • Falta de interoperabilidad de los sistemas de información • Escasa cultura de evaluación de buenas prácticas en algunos territorios • Desigualdad territorial en el desarrollo de modelos coordinados

Tabla 4
Propuestas para mejorar la coordinación entre salud pública y atención primaria obtenidas a partir del análisis CAME

Corregir (debilidades)	Afrontar (amenazas)	Mantener (fortalezas)	Explotar (oportunidades)
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar formación continua en competencias de trabajo interdisciplinario • Invertir en interoperabilidad de sistemas de información sanitaria • Reducir la burocracia mediante la simplificación de procesos administrativos • Incrementar la financiación específica para salud pública y coordinación intersectorial • Delimitar claramente el concepto de coordinación y su operatividad • Definir indicadores específicos para evaluar la coordinación y la calidad asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear marcos de gobernanza flexibles que aseguren la continuidad de programas más allá de los ciclos políticos • Promover políticas de gestión del cambio que involucren activamente a los profesionales • Desarrollar planes de contingencia para crisis sanitarias que integren todos los niveles asistenciales y de salud pública • Implementar políticas sociales que mitiguen los determinantes sociales de la salud • Plantear recomendaciones que tengan en cuenta la fragmentación institucional • Sugerir modelos adaptables a distintos contextos territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los equipos multidisciplinares existentes • Continuar con el desarrollo de herramientas tecnológicas que faciliten la coordinación • Seguir aprovechando el marco legal vigente para impulsar la integración de servicios • Mantener la calidad y la formación continua de los profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la participación comunitaria en la planificación sanitaria • Aprovechar los fondos de transformación digital para modernizar el sistema • Impulsar modelos innovadores de atención integrada centrados en la prevención y la promoción • Promover la investigación aplicada en coordinación sanitaria y salud pública

asistencia clínica, lo que genera desequilibrios en la capacidad de respuesta.

El contexto actual ofrece oportunidades relevantes, como la mayor conciencia social y política sobre la prevención tras la pandemia, la disponibilidad de fondos para transformación digital y fortalecimiento sanitario, el impulso de modelos centrados en la salud poblacional y las experiencias exitosas que pueden servir de referencia. No obstante, también se identifican amenazas, como la resistencia al cambio, la inestabilidad política, el riesgo de nuevas crisis, el incremento de las desigualdades y la ausencia de una cultura sólida de evaluación.

El análisis CAME propone estrategias para transformar debilidades en áreas de mejora y blindar el sistema frente a factores adversos (tabla 4). Entre ellas destacan promover la formación interdisciplinaria, invertir en interoperabilidad, reducir la burocracia, delimitar conceptualmente el modelo de coordinación y establecer indicadores claros para evaluar el impacto. Asimismo, se plantea crear marcos de gobernanza flexibles que trasciendan ciclos políticos, desarrollar planes de contingencia y diseñar políticas sociales que mitiguen las desigualdades.

Se subraya la importancia de consolidar las fortalezas existentes, como los equipos multidisciplinares, el marco legal y la calidad profesional, y aprovechar las oportunidades mediante modelos innovadores de atención integrada, investigación aplicada, partici-

pación comunitaria y uso eficiente de fondos para la transformación digital.

Finalmente, respecto a los principales retos para la coordinación entre salud pública y asistencia sanitaria, los desafíos estructurales, culturales y organizativos (tabla 5) evidencian la complejidad de la coordinación. Entre ellos destacan la fragmentación institucional, la falta de interoperabilidad, la desigual implantación territorial, la débil cultura de evaluación, las barreras profesionales y la insuficiente participación multisectorial. Superarlos requiere reformas profundas, inversión sostenida y una apuesta decidida por la interoperabilidad, la equidad y la gobernanza colaborativa, en el caso de Canarias, aunque habría que realizar un estudio de mayor cobertura territorial para ver si tales resultados resultan extrapolables a otras comunidades autónomas.

Discusión

El análisis realizado confirma que, aunque existen experiencias de coordinación intersectorial necesarias para el desarrollo de funciones clave de la salud pública y se reconocen fortalezas estructurales y profesionales relevantes, persisten barreras significativas que dificultan avanzar hacia un modelo integrado entre salud pública, atención sanitaria y otros sectores no sanitarios.

Tabla 5

Desafíos estructurales, culturales y organizativos que limitan la consolidación de la coordinación efectiva entre la salud pública y la asistencia sanitaria

Factores críticos en la coordinación entre salud pública y asistencia sanitaria	Situación	Desafíos
Fragmentación institucional y organizativa	Aunque existan buenas prácticas concretas, persiste una separación estructural entre los servicios de salud pública (prevención, promoción, vigilancia) y los de asistencia sanitaria (diagnóstico, tratamiento, cuidados)	Diferentes marcos normativos y jerarquías administrativas Escasa coordinación entre niveles autonómicos y locales Falta de integración en la planificación, la gestión y la presupuestación
Desigual implantación territorial de buenas prácticas	Muchas buenas prácticas son locales o experimentales, sin haber sido replicadas ni escaladas	Ausencia de mecanismos institucionalizados para difundir e implementar modelos exitosos Contextos heterogéneos que dificultan la adopción de prácticas comunes Falta de evaluación rigurosa que permita extraer aprendizajes transferibles
Falta de interoperabilidad de sistemas de información	Una coordinación efectiva requiere flujo de información bidireccional entre profesionales y servicios	Sistemas informáticos inconexos entre salud pública y atención primaria/hospitalaria Escasez de herramientas compartidas para seguimiento de indicadores poblacionales y clínicos Limitaciones legales o técnicas para el intercambio de datos
Barreras culturales y profesionales	La coordinación no solo depende de estructuras, sino también de actitudes, percepciones y cultura organizativa	Visiones distintas del rol de cada nivel asistencial Desconocimiento mutuo entre profesionales de salud pública y del ámbito clínico Falta de espacios formales de colaboración y codiseño de intervenciones
Débil cultura de evaluación y evidencia	Muchas intervenciones no se miden con criterios sólidos ni con indicadores comunes	Carencia de marcos de evaluación específicos para la coordinación Falta de incentivos para documentar y publicar buenas prácticas Poca cultura de mejora continua basada en resultados
Inadecuada participación comunitaria y multisectorial	Una coordinación efectiva requiere incluir a la comunidad y a sectores no sanitarios (educación, servicios sociales, etc.)	Foco excesivo en el binomio salud pública–asistencia sanitaria, sin considerar determinantes sociales de la salud Dificultades para generar corresponsabilidad en actores comunitarios
Limitaciones financieras y falta de incentivos	Sin financiación estable o incentivos institucionales muchas buenas prácticas no se sostienen en el tiempo	Presupuestos separados y rígidos Falta de reconocimiento institucional o profesional para iniciativas integradoras Dificultad para justificar inversiones en salud pública con retorno a medio o largo plazo

Las experiencias analizadas, el programa mihsalud en Valencia y el PADAB, ponen de relieve la importancia de los equipos multidisciplinares, la colaboración intersectorial y la participación comunitaria como elementos facilitadores de la coordinación²⁹. Estos modelos participativos y de gobernanza compartida permiten planificar programas y planes que, para alcanzar objetivos de salud colectiva, requieren actuaciones intersectoriales y, en ocasiones, participativas. Sin embargo, también evidencian limitaciones vinculadas a la dependencia de apoyos políticos coyunturales, la insuficiencia de recursos estables, las dificultades para garantizar la continuidad de las intervenciones en el tiempo, así como la heterogeneidad en la prioridad que los objetivos de salud reciben en distintos sectores.

Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional, que subraya que la gobernanza colaborativa y la participación comunitaria son factores críticos para mejorar la efectividad de las políticas de salud pública y reducir las inequidades, aunque su sostenibilidad depende de unas estructuras institucionales sólidas y unos recursos estables^{37–41}.

La evidencia disponible señala que los modelos de coordinación intersectorial y participación comunitaria son más efectivos cuando se sustentan en marcos normativos claros, estructuras de gobernanza estables y mecanismos de financiación sostenibles^{38,39}. En España, los estudios previos han identificado retos similares, como la fragmentación organizativa y la falta de interoperabilidad entre niveles asistenciales, que limitan la integración efectiva⁴⁰. Nuestros resultados refuerzan estas conclusiones y aportan ejemplos concretos de cómo estas barreras se manifiestan en la práctica.

El análisis DAFO–CAME realizado con profesionales de la salud pública y la atención primaria revela que, pese a contar con fortalezas como la cualificación profesional y un marco normativo

favorable, persisten debilidades estructurales, como la fragmentación organizativa, la falta de interoperabilidad y la escasa formación conjunta, que limitan la integración efectiva. Estas limitaciones, junto con amenazas externas como la inestabilidad política y la resistencia al cambio, refuerzan la necesidad de estrategias que consoliden la coordinación y aprovechen las oportunidades actuales, como la digitalización y el impulso político a la prevención tras la pandemia. Entre las acciones prioritarias se incluyen:

- Promover la formación interdisciplinaria y los espacios de colaboración formal entre salud pública y atención primaria.
- Invertir en interoperabilidad de sistemas de información y reducir la carga burocrática.
- Establecer marcos de gobernanza flexibles que trasciendan los ciclos políticos y garanticen la continuidad.
- Diseñar indicadores comunes para evaluar el impacto de las intervenciones y fomentar la cultura de evaluación.

Estas medidas son coherentes con las recomendaciones internacionales sobre integración de servicios y fortalecimiento de la salud pública^{41,42}.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el análisis se centró únicamente en dos buenas prácticas, seleccionadas a criterio de las autoras en función de su relevancia y del conocimiento profundo de las mismas, correspondientes a los contextos de Valencia (programa mihsalud) y Barcelona (PADAB).

En segundo lugar, el análisis cualitativo participativo (DAFO-CAME) se llevó a cabo con profesionales de salud pública y atención primaria de Canarias. Por tanto, el estudio combina experiencias de coordinación desarrolladas en Valencia y Barcelona con un análisis estratégico realizado en el contexto profesional canario. Esta aproximación puede representar una cobertura territorial limitada y no necesariamente representativa del conjunto de los contextos institucionales, organizativos y normativos existentes en el sistema sanitario español. No obstante, pueden considerarse también fortalezas el haber analizado dos tipos de coordinación (de gobernanza de ciudad y de gobernanza comunitaria) y haber incorporado la perspectiva profesional procedente de un tercer contexto territorial mediante el análisis cualitativo participativo.

Además, el estudio se centró en la profundización de la coordinación entre salud pública y atención primaria, sin abordar de manera específica la coordinación con otras especialidades o niveles asistenciales, teniendo estos también la necesidad de coordinación con salud pública para temas determinados. No obstante, se optó por poner el foco en atención primaria por su papel central en el sistema sanitario, su función vertebradora de la atención y su potencial estratégico como principal nexo de unión con la salud pública.

A pesar de estas limitaciones, la participación de profesionales con perfiles heterogéneos y procedentes tanto de salud pública como de atención primaria, junto con el carácter intersectorial de las prácticas analizadas, contribuye a enriquecer el análisis y favorece la transferibilidad de los hallazgos a otros contextos, en consonancia con los principios de credibilidad y aplicabilidad de la investigación cualitativa⁴³. Es importante subrayar, además, que el objetivo del estudio no fue la generalización estadística de los resultados, sino la identificación de aprendizajes y orientaciones estratégicas útiles para informar el diseño y el fortalecimiento de políticas de coordinación entre la salud pública y la asistencia sanitaria.

Conclusiones

La coordinación intersectorial constituye una condición indispensable para afrontar los retos actuales y futuros de los sistemas de salud, orientada a mejorar de manera sostenible la salud y el bienestar de la población. Las experiencias analizadas muestran que la gobernanza compartida, la participación comunitaria y los equipos multidisciplinares son factores clave, pero persisten debilidades estructurales que requieren reformas profundas, inversión sostenida y una apuesta decidida por la interoperabilidad, la equidad y la gobernanza colaborativa.

Aprovechar estratégicamente las oportunidades emergentes y garantizar una financiación estable son elementos esenciales para sostener las intervenciones en el tiempo. Las dos prácticas presentadas aportan aprendizajes transferibles que pueden inspirar a otras iniciativas y entornos.

En resumen, la integración efectiva entre salud pública, atención sanitaria, servicios sociales y otros sectores, apoyada en sistemas de información interoperables, es indispensable para mejorar la equidad, reducir los déficits y fortalecer la respuesta ante emergencias, logrando así mejores resultados en salud para la población.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Contribuciones de autoría

M.F. Herrera-Artiles, M.P. López-Sánchez y M.I. Pasarín-Rua han contribuido a la redacción del manuscrito y a su revisión crítica con aportaciones intelectuales relevantes. E.V. Martínez-Sánchez

ha contribuido a la revisión crítica del manuscrito con aportaciones intelectuales relevantes.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado. 2011;240. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública 2022: mejorando la salud y el bienestar de la población. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/home.htm>.
3. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/326429>
4. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una revisión y actualización. Washington (DC): OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/funciones-esenciales-salud-publica-americas-revision-actualizacion>.
5. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot review. En: The strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Institute of Health Equity; 2010. Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
6. Organización Mundial de la Salud. 77.ª Asamblea Mundial de la Salud (A77/16): proyecto de 14.º programa general de trabajo 2025-2028. Geneva: OMS; 2024. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77.16-sp.pdf.
7. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC.579.Guia_Adapta.Participacion.-Comunitaria.pdf.
8. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. En: Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía. 2024-2030. Sevilla: Junta de Andalucía; 2024. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html>.
9. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. 2014;7434. Disponible en: <https://dogv.gva.es/autodogv/docvpub/rlgv/2014/L.2014.10.ca.L.2016.13.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados. 2.ª ed. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la OMS; 2003. Disponible en: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/06/hechosProbados.pdf>.
11. Ministerio de Sanidad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2014. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>.
12. Ministerio de Sanidad. El valor de la atención primaria en los sistemas sanitarios: libro de ponencias de las CCAA. CISAPYC 2022. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Libro.de.ponencias.de.las.CCAA.pdf>.
13. Ministerio de Sanidad, AARC-Consortium. Adaptación de la atención primaria a las necesidades actuales de la población española. Fase 4: informe sobre recomendaciones para adaptar la atención primaria a las necesidades actuales de la población española (RFS REFORM/SC2021/058). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting.PC.Spain.Informe.Fase4.Recomendaciones.vf.pdf>.
14. Benavides FG, Llimós M, Segura A. La profesión de la salud pública y sus profesionales. Zaragoza: SESPAS; 2023. Disponible en: <https://sespas.es/2023/05/03/sespas-publica-el-libro-blancode-la-profesion-de-salud-publica/>.
15. Benedé CB, Magallón R, Martín T, et al. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Gac Sanit. 2018;32 (Supl 1):22-5.
16. Decreto 47/2023, de 31 de marzo, del Consell, de regulació de los consejos de salud básicos, otros espacios de participación en la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. 2023. Disponible en:

- <https://www.cavecova.es/wp-content/uploads/2023/04/58.-DOGV-de-6.04.2023-Decrero-47-2023-31-de-marzo.pdf>.
17. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, et al. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24 (Supl 1):1–6.
 18. Ministerio de Sanidad, AARC–Consortium. Adaptación de la atención primaria a las necesidades actuales de la población española (RFS REFORM/SC2021/058): resumen final informe ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Final_ES.vf.pdf.
 19. Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ, López-Ruiz V, et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. *Gac Sanit.* 2018;32 (Supl 1):41–7.
 20. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia.deAbordaje.a.la.Cronicidad.en.el.SNS.2021.pdf>.
 21. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research.* 4th ed. London: SAGE; 2018.
 22. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health.* 2008;29:325–50.
 23. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz-Quevedo M, López-Sánchez P, et al. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Rev Comunidad.* 2012;14.
 24. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Convocatoria 2015. Catálogo de buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2016. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/BBPP.SNS.2015.Catalogo.Aprobado.CISNS.rev22abril2016.pdf>.
 25. López-Sánchez MP, Alberich T, Aviñó D, et al. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. *Gac Sanit.* 2018;32 (Supl 1):32–40.
 26. Generalitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. En: *Salut en la nostra agenda.* Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; Valencia; 2015. Disponible en: <https://biblioesp.gva.es/publicos/tsan/documentos/mig/V.;1;1426-2016.pdf>.
 27. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Grau C, et al. Foro comunitario 2.º martes salud, una herramienta de promoción de salud comunitaria. *RIdEC. Revista de la Asociación de Enfermería Comunitaria.* 2017;10:17–22.
 28. Generalitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. En: *Agentes de salud de base comunitaria.* Valencia: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 2021. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/d/salut-publica/20210514_cuaderno_agentes_cas.
 29. Càtedra de Recerca Qualitativa. CIEGS. Proyecto EVALIPS: Evaluación de una Intervención Participativa en Salud - Evaluación del programa MIHSALUD 2007–2013. Valencia: Centro de Salud Pública de Valencia; 2013.
 30. Alcaraz-Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez P, et al. Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso. *Index Enferm.* 2013;22:199–203.
 31. López MP. Promoción de salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad. [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10550/77401>.
 32. González B, Ortún V, Errea M, et al. *La economía de la salud en España: evidencia para la acción más allá de los costes.* *Gac Sanit.* 2025;39:102516.
 33. Alcaraz M. Evaluación socio-económica del Servicio de Mediación Intercultural en un programa de promoción de salud y participación ciudadana (Programa MIHSALUD, en la ciudad de Valencia). [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat Politècnica de València; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=73292>.
 34. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona 2017–2020. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. Disponible en: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2018/03/ASPB-Drogodependencies-Pla-Accio-sobre-Drogues-Barcelona-2017-20.pdf>.
 35. Bartroli M, Clotas C, Barbaglia G, et al. Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021–2024. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2021. Disponible en: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2022/02/pladroguesaddiccionsbcn-2021-2024.04.220518.pdf>.
 36. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2025–2028. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2025. Disponible en: <https://www.aspb.cat/es/documentos/pla-drogues-adicciones-bcn/>.
 37. Vecina-Merchante C. Marco Marchioni y la acción comunitaria: descripción sistemática de sus ideas principales. *Ehquidad.* 2024;22:83–112.
 38. World Health Organization. *Health in All Policies: framework for country action.* Geneva: World Health Organization; 2017.
 39. Rasanathan K, Bennett S, Atkins V, et al. Governing multisectoral action for health in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health.* 2018;3:e000550.
 40. García-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of Central Colombia and North-Eastern Brazil. *Int J Equity Health.* 2014;13:10.
 41. World Health Organization. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>.
 42. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-20185>.
 43. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry.* Newbury Park (CA): Sage; 1985.