

Original

Luces y sombras en la implementación de la acción comunitaria para la salud



Pablo Nogueira González^{a,*}, Diana Gil González^{b,c,d} y Carlos Álvarez-Dardet Díaz^{b,d}

^a Servicio Galego de Saúde (SERGAS), Santiago de Compostela, España

^b Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

^c Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

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

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de noviembre de 2023

Aceptado el 3 de febrero de 2024

On-line el 11 de abril de 2024

Palabras clave:

Promoción de la salud

Acción comunitaria para la salud

Atención primaria

Investigación participativa basada en la comunidad

R E S U M E N

Objetivo: Explorar las experiencias de personas que desarrollan proyectos e intervenciones en los que la participación-acción comunitaria constituye una herramienta estratégica para reducir las desigualdades en salud.

Método: Estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas en línea a personas consideradas expertas en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud con participación comunitaria. Se seleccionaron 12 personas de los ámbitos sanitario, sociosanitario, académico y asociativo. Los textos se analizaron siguiendo el enfoque de análisis temático del contenido.

Resultados: La fortaleza destacada de los procesos en los que están involucradas las personas entrevistadas es su enfoque participativo. Sin embargo, no existe una apuesta real por promover la participación comunitaria desde la atención primaria de salud, y la precariedad ha sido señalada como la gran debilidad en el desarrollo de proyectos de promoción de la salud participativos. La sostenibilidad de los procesos participativos se basa en la transferencia de conocimiento hacia la comunidad y en su empoderamiento.

Conclusiones: Los procesos participativos han demostrado su capacidad para resituar a la comunidad como parte esencial que es del sistema sanitario. Sería interesante utilizar una herramienta de medición de la participación en toda acción comunitaria para la salud, tanto para orientar su diseño y planificación como para evaluar la profundidad de la participación y su impacto en el proceso. Mejorar las expectativas de la acción comunitaria para la salud en un futuro próximo pasa por potenciar una orientación comunitaria de la atención primaria y la intersectorialidad, lo que implica una gran apuesta institucional y política.

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

Lights and shadows in the implementation of community action for health

A B S T R A C T

Objective: To explore the experiences of individuals who develop projects and interventions where community participation-action constitutes a strategic tool for reducing health inequalities.

Method: Qualitative study based on semi-structured, in-depth online interviews with individuals considered experts in the development of health promotion strategies involving community participation. A total of 12 individuals from the healthcare, social healthcare, academic, and associative backgrounds were selected. The texts were analyzed following the thematic content analysis approach.

Results: The prominent strength of the processes involving the interviewed individuals is their participatory approach. However, there is no genuine commitment to promoting community participation from primary healthcare, and precarity has been identified as a significant weakness in the development of participatory health promotion projects. The sustainability of participatory processes relies on the transfer of knowledge to the community and their empowerment.

Conclusions: Participatory processes have demonstrated their ability to reposition the community as an essential part of the healthcare system. It would be interesting to use a measurement tool for participation in all community health actions, both to guide their design and planning and to assess the depth of participation and its impact on the process. Enhancing community action expectations for health in the near future involves promoting a community-oriented approach in primary care and intersectoral collaboration, which requires a significant institutional and policy commitment.

© 2024 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

Community participation

Primary health care

Community-based participatory research

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nogueira.gonzalez.pablo@gmail.com (P. Nogueira González).

✉ [@pablo_nogas](https://twitter.com/pablo_nogas) (P. Nogueira González)

Introducción

La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social, cuyos esfuerzos por mejorar la salud individual y colectiva deben trascender el ámbito sanitario y dirigirse a modificar las condiciones de vida —sociales, ambientales y económicas— que la determinan. Su concepción supuso un cambio de paradigma al considerar la salud como un recurso para el desarrollo personal y social, planteando la participación comunitaria y la acción intersectorial como herramientas estratégicas para lograr una suerte de sociedad del bienestar¹.

Existe evidencia sólida acerca del impacto positivo que supone diseñar e implementar intervenciones de promoción de la salud con participación comunitaria en la adopción de comportamientos saludables y resultados de salud, sobre todo entre las poblaciones desfavorecidas, contribuyendo a la equidad en salud²⁻⁴. Esta participación se puede operativizar a través de la acción comunitaria para la salud⁵, desarrollada en el ámbito local, con la interacción y el aprendizaje mutuos de la ciudadanía, las Administraciones y los profesionales, quienes utilizan los recursos de que disponen como activos para mejorar su salud individual y colectiva⁶. En este complejo y heterogéneo terreno que es la salud comunitaria⁷ confluyen como actores clave del ámbito sanitario la atención primaria y la salud pública⁸.

En España, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la extensa implantación de su atención primaria dibujaban un escenario muy propenso para coordinar intervenciones comunitarias intersectoriales en el ámbito local⁹. Sin embargo, la tendencia en las últimas décadas a reducir gasto público, fiscalidad y gastos sociales ha mermado especialmente la función de la atención primaria y la capacidad de hacer gravitar al sistema de salud en torno a ella¹⁰. Así, se ha profundizado en el hospitalocentrismo, la mercantilización y la fragmentación de la atención sanitaria, sobre los que alertaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 30.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata¹¹, dejando atrás los valores fundamentales de la atención primaria y resultando en un escaso desarrollo histórico de experiencias comunitarias en nuestro país¹².

Si bien el Ministerio de Sanidad ha facilitado la creación de órganos de participación local y ha apoyado el desarrollo de acciones comunitarias desde la atención primaria¹³, la aplicación práctica de estas actividades ha sido limitada y heterogénea¹⁴. En los últimos años han proliferado proyectos e intervenciones de promoción de la salud que han favorecido el autocuidado de los pacientes, la equidad en salud, la integración y la cohesión social, con la participación comunitaria como elemento clave¹⁵⁻¹⁷. Estos procesos, impulsados por técnicos de salud pública y profesionales de atención primaria, han contado con el inestimable apoyo de la sociedad civil y las Administraciones locales para coordinar acciones intersectoriales, reforzando vínculos comunitarios que incluso han marcado la diferencia al afrontar la reciente crisis sanitaria de la COVID-19¹⁸.

El nuevo Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria¹⁹ insta a todos los gobiernos autonómicos a desarrollar estrategias para reforzar la orientación comunitaria de la atención primaria. Un gran reto, teniendo en cuenta que la acción comunitaria en salud está todavía infravalorada en el ámbito de la salud pública, y que en la atención primaria depende del voluntarismo de profesionales que actúan más allá de los objetivos asistenciales que tienen marcados, pero que podría ser un impulso fundamental para acercarla a sus objetivos de trabajar por la justicia social y la equidad en salud, y sacarla de la crisis existencial en que se encuentra^{20,21}.

La escasez de recursos para evaluar los resultados y el impacto de las actividades comunitarias de promoción de la salud dificulta la comprensión de los mecanismos por los que funcionan o no estas intervenciones, y obstaculiza el poder aplicarlas y generalizarlas a otros contextos. Con el propósito de generar una información

valiosa para su difusión entre los profesionales que se aventuren próximamente en la realización de un trabajo similar, este estudio se propone explorar las experiencias de personas que desarrollan proyectos e intervenciones en los que la participación-acción comunitaria constituye una herramienta estratégica para reducir las desigualdades en salud.

Método

El estudio obtuvo la aprobación del comité de ética correspondiente. Se solicitó el consentimiento por escrito de las personas que participaron de manera voluntaria en la investigación (entrevista grabada), garantizando su confidencialidad.

Se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas en línea, utilizando como canal de comunicación Google Meet.

Se realizó un muestreo intencional de personas consideradas expertas en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud con participación comunitaria. Se seleccionaron 12 profesionales de los ámbitos sanitario, sociosanitario, académico y asociativo. Todas las personas con las que se contactó contestaron afirmativamente salvo una, que fue sustituida por otra de un perfil similar. Todas las personas participantes desarrollan su labor profesional en España y sus perfiles se recogen en la [tabla 1](#).

En el total de participantes hubo ocho mujeres y cuatro hombres. En el momento del estudio, tres personas (dos mujeres y un hombre) se dedicaban a la investigación, un hombre trabajaba en la Administración en el ámbito sociosanitario, tres personas (dos mujeres y un hombre) pertenecían a instituciones sanitarias públicas, y cinco personas (cuatro mujeres y un hombre) trabajaban en el tercer sector. El número y la diversidad de las personas participantes permitieron alcanzar la saturación de datos en sus discursos.

Los datos se recopilaron mediante entrevistas individuales semiestructuradas con el objetivo de profundizar sobre cuestiones consideradas de interés por el equipo de investigación. El guion de las entrevistas recogió preguntas agrupadas en cuatro bloques. El primero contemplaba las características de los programas de promoción de la salud en los que las personas participantes estaban implicadas, sus objetivos, la población diana y su visión sobre los aspectos positivos y las dificultades de su desarrollo. El segundo giraba en torno al concepto de acción comunitaria, su operativización y su contribución en la reducción de las desigualdades en salud de la población. El tercero se centraba en la dinamización y la sostenibilidad de la participación comunitaria, su articulación con la atención primaria de salud y sus potenciales resultados diferenciales. Por último, las preguntas del cuarto bloque buscaban aspectos considerados de interés para evaluar los programas de promoción de la salud con participación comunitaria. En la [tabla 2](#) se recogen en forma de variables.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de marzo y mayo de 2023, en función de la disponibilidad de las personas participantes. El entrevistador fue siempre la misma persona. El tiempo medio de las entrevistas fue de alrededor de 45 minutos. Las grabaciones de las entrevistas se guardaron en el ordenador personal del entrevistador.

Las entrevistas fueron transcritas por el entrevistador, reproduciendo literalmente el discurso de las personas participantes. Dos investigadores del equipo verificaron la autenticidad de los datos escuchando las grabaciones mientras leían las transcripciones. Los textos se analizaron siguiendo el enfoque de análisis temático del contenido, con el objetivo de clasificar el contenido de los datos recopilados en los textos a través de la identificación de categorías o temas relacionados con el objetivo de la investigación.

El primer autor agrupó los textos y los estructuró siguiendo un proceso con varias etapas. En primer lugar, después de leer

Tabla 1
Participantes

| Identidad anonimizada | Sexo | Comunidad autónoma | Perfil | Ámbito de trabajo |
|-----------------------|--------|--------------------|----------------------|-------------------|
| E1 | Hombre | Com. Valenciana | Profesional | Asociativo |
| E2 | Hombre | País Vasco | Técnico | Sociosanitario |
| E3 | Mujer | Andalucía | Investigador/docente | Académico |
| E4 | Mujer | Galicia | Profesional | Asociativo |
| E5 | Mujer | Madrid | Técnico | Sanitario |
| E6 | Mujer | Asturias | Profesional | Asociativo |
| E7 | Hombre | Asturias | Técnico | Sanitario |
| E8 | Mujer | Cataluña | Profesional | Asociativo |
| E9 | Mujer | Com. Valenciana | Profesional | Asociativo |
| E10 | Mujer | Andalucía | Profesional | Sanitario |
| E11 | Hombre | Andalucía | Investigador/docente | Académico |
| E12 | Mujer | Com. Valenciana | Investigador | Académico |

Tabla 2
Variables

| | |
|--|---|
| 1. Programa de promoción de la salud impulsado | 1.1. Objetivos del programa de PS 1.2. Población diana y población implicada en el programa de PS 1.3. Debilidades del programa de PS 1.4. Fortalezas del programa de PS |
| 2. Acción comunitaria para la salud | 2.1. Características intrínsecas de la ACS 2.2. Barreras para la ACS 2.3. Facilitadores para la ACS 2.4. Claves para la sostenibilidad de la ACS |
| 3. Participación comunitaria | 3.1. Claves para dinamizar la PC 3.2. Resultados diferenciales que ofrece la PC 3.3. Claves para articular la PC con la APS 3.4. Claves para la sostenibilidad de la PC |
| 4. Evaluación | 4.1. Características de la evaluación en la ACS 4.2. Indicadores de interés para medir en la ACS |

ACS: acción comunitaria para la salud; APS: atención primaria de salud; PC: participación comunitaria; PS: promoción de la salud.

repetidamente los textos, se identificaron los elementos que se repetían y se crearon diferentes categorías que coincidían con los cuatro bloques de preguntas en que estaba estructurado el guion: 1) características del programa de promoción de la salud en que estaba implicada la persona entrevistada, 2) acción comunitaria, 3) participación comunitaria y 4) evaluación. Posteriormente, y dado el peso que tenían en el discurso de las personas entrevistadas, por un lado, las debilidades y las fortalezas de los programas de promoción de la salud desarrollados, y por otro, las barreras y los facilitadores externos para llevarlos a cabo, se decidió identificarlas como categorías y agruparlas (debilidades-barreras y fortalezas-facilitadores) para su mejor operativización. Otras categorías que surgieron a partir del contenido de los textos y que fueron consideradas temas de relevancia fueron «sostenibilidad» y «propuestas de mejora».

Todo el proceso fue supervisado por las otras dos personas investigadoras y se debatieron conjuntamente las dificultades y las discordancias.

Resultados

Uno de los grandes temas analizados en el discurso de las personas participantes es lo que ellas mismas expresan como fortalezas (internas) y facilitadores (externos) para llevar a cabo sus experiencias de promoción de la salud con participación comunitaria. Precisamente, la gran fortaleza destacada en estos proyectos es su enfoque participativo, es decir, su apuesta por el trabajo conjunto y coordinado entre los distintos agentes comunitarios, que tiene la capacidad de crear aprendizajes colectivos y predispone para la transformación social.

En contraposición, también se señalaron las principales debilidades (internas) y barreras (externas) encontradas para desarrollar proyectos de promoción de la salud desde la acción comunitaria.

La gran debilidad referida por todas las personas entrevistadas fue la precariedad de estos proyectos. Los/las profesionales del sistema sanitario no disponen de un tiempo real de dedicación para desarrollar una labor que entra dentro de sus competencias y, por su parte, desde el tercer sector apuntan que la rigidez de los tiempos y la premura que marcan las instituciones financiadoras entran en conflicto con el «ritmo comunitario» de los proyectos y les mantiene en una situación de inestabilidad financiera constante.

Las barreras descritas por las personas participantes ilustran la multicausalidad de esta precariedad. En primer lugar, se hace referencia al momento histórico-social neoliberal en que nos encontramos, que parece haber moldeado una estructura social individualizadora que obstaculiza la existencia de una comunidad a la que pertenecer y sobre la que construir colectivamente, induciendo una cultura asistencialista donde nuestra relación con todo agente público o social es la de meros receptores pasivos. También se han señalado la descoordinación existente entre los distintos agentes que intervienen en una misma comunidad, la propia estructura jerárquica de las Administraciones públicas y el cortoplacismo y la fragmentación de sus actuaciones, lo que dificulta implementar estrategias transformadoras. Por otro lado, en el ámbito sanitario, el modelo biomédico imperante niega la determinación social de las desigualdades en salud y condiciona una asignación de recursos que obstaculiza el desarrollo de una promoción de la salud participativa, lo que repercute a su vez en un enfoque individualista y paternalista en el seno de la atención primaria, donde la falta de una orientación comunitaria parece reproducirse, en parte, por una importante falta de formación de sus profesionales al respecto.

En este sentido, la principal propuesta de mejora para trabajar la acción comunitaria para la salud extraída de los discursos de las personas expertas entrevistadas apela a la formación en salud comunitaria, por ser un aspecto clave para crear la conciencia de

necesidad de esa orientación comunitaria en los/las profesionales sanitarios/as y para potenciar el desarrollo de procesos participativos con objetivos de mejora del bienestar y de la salud comunitaria. Para garantizar la sostenibilidad de las acciones comunitarias se incide en asegurar el empoderamiento comunitario del proceso facilitando una continua toma de decisiones colectivas y en introducir elementos que procuren que los propios procesos sean cuidados.

Por último, todas las personas participantes atribuyeron una gran importancia a la evaluación en los procesos participativos de promoción de la salud, concibiéndola como un aspecto transversal a realizar desde el inicio y de manera continua a medida que se van desarrollando acciones, y también como un proceso necesariamente participativo, abierto a toda la comunidad a través de metodologías sencillas. A pesar de las dificultades reconocidas, la evaluación es vista como algo necesario, ya que aporta robustez y sostenibilidad interna al proceso y posibilita la generación de una evidencia que ayude a expandir este tipo de proyectos. También se apunta que la propia evaluación tendría la capacidad de reforzar el carácter transformador de la acción comunitaria si se partiera de una orientación salutogénica e intersectorial inicial, para lo que sería necesario un cambio de paradigma en la conceptualización de los programas de promoción de la salud, sus objetivos y las actuaciones a desarrollar.

En el [Apéndice online](#) se encuentran todos los temas resultantes del análisis de los discursos de las personas entrevistadas, así como los *verbatim*s más representativos.

Discusión

La precariedad se ha señalado como la gran debilidad en el desarrollo de proyectos de promoción de la salud participativos. Como propuestas de mejora para trabajar la acción comunitaria para la salud se sugiere la práctica de una atención primaria con orientación comunitaria, para lo que es necesario mejorar la formación en salud comunitaria de los/las profesionales sanitarios/as, y asegurar una coordinación intersectorial en las actuaciones llevadas a cabo en el proceso.

Las personas expertas entrevistadas coinciden con Trickett et al.²² al señalar el carácter genuino de la acción comunitaria, que parte de las necesidades y de los recursos específicos del contexto local, así como su capacidad para aglutinar voces y miradas diversas en horizontalidad; algo que ya ha demostrado aumentar la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud para reducir las desigualdades en salud^{3,4}.

La participación comunitaria es reconocida como un derecho compartido y, como establece la OMS²³, una herramienta central en el enfoque de promoción de la salud con la que crear aprendizajes colectivos y sinergias que pueden generar acción y transformación social. Sin embargo, disponer de mecanismos institucionalizados no asegura una participación intersectorial²⁴. Para facilitarla, se propone profesionalizar el proceso comunitario constituyendo comités temáticos o incluyendo una figura profesional que coordine los recursos comunitarios y dinamice la participación en el proceso; algo que ya ha demostrado ser clave en programas de prescripción social²⁵.

La fortaleza destacada de los procesos en los que están involucradas las personas entrevistadas es su enfoque participativo, nutrido por metodologías que provienen del campo del desarrollo social y comunitario, y que han demostrado su capacidad para resituar a la comunidad como parte esencial que es del sistema sanitario^{26,27}. También se afirma que la sostenibilidad de los procesos participativos se basa en la transferencia de conocimiento hacia la comunidad y en su empoderamiento^{28,29}. Además, el carácter innovador de estas metodologías y la capilaridad territorial de la atención primaria serían elementos facilitadores para la

expansión de procesos de acción comunitaria para la salud en el seno del sistema sanitario.

Sin embargo, todas las personas entrevistadas señalan que no existe una apuesta real por promover la participación comunitaria desde la atención primaria. Como describieron anteriormente Rubio-Valera et al.³⁰, la cultura asistencialista y paternalista del modelo biomédico imperante repercute en una inexorable falta de recursos que impide desarrollar proyectos colectivos con visión a largo plazo. La precariedad laboral, las discrepancias en la definición de los roles profesionales y su escasa visibilidad y poco reconocimiento tampoco ayudan a extender la perspectiva comunitaria en la atención primaria^{14,31}. La gran propuesta planteada para que fructifiquen nuevos procesos de participación comunitaria es impulsar una orientación comunitaria de la atención primaria, siendo clave reforzar la formación en salud comunitaria de sus profesionales^{29,30}. Esto requiere no solo la implicación y el apoyo de quienes se encargan de la gestión sanitaria y sus profesionales, sino también una infraestructura política y administrativa que lo permita^{26,32}.

Por último, la evaluación es vista como una etapa esencial de la acción comunitaria y una experiencia de empoderamiento en sí misma al permitir a todos los agentes implicados tener capacidad de decisión sobre el proceso³³. Aunque se han reconocido dificultades para llevarla a cabo y la literatura indica que es la fase donde menos participa la comunidad, las personas entrevistadas afirman que debe realizarse de manera continua y participativa para garantizar la sostenibilidad del proceso comunitario³⁴. Si bien cada experiencia tendrá sus objetivos e intereses específicos, las personas entrevistadas han coincidido en señalar algunos indicadores de proceso, resultado e impacto que sería interesante evaluar en todo proceso comunitario. Además, existen herramientas de medición de la participación, como la desarrollada por Francés y La Parra³⁵, cuyo uso supondría una innovación en beneficio de cualquier experiencia de acción comunitaria para la salud, sirviendo de apoyo tanto para orientar su diseño y planificación como para evaluar la profundidad de la participación y su impacto en el proceso.

Limitaciones del estudio

Este trabajo ha contado con discursos de profesionales que dedican la totalidad o parte de su quehacer a promover la salud con participación comunitaria, bien sea desde el tercer sector, el ámbito académico o las instituciones sanitarias y sociosanitarias. De haber contado con otras voces y miradas, como las de personas en puestos de toma de decisiones, con responsabilidades en la Administración local o de la propia comunidad, se habrían obtenido aportaciones que lo enriquecerían todavía más.

Conclusiones

La participación es un derecho social y un elemento esencial de los sistemas democráticos, cuyo objetivo central lo constituyen el bien común y el interés general. Nuestro marco legislativo promueve la participación comunitaria y recoge la atención comunitaria como un servicio básico de la atención primaria de salud. Los procesos participativos han demostrado su capacidad para resituar a la comunidad como parte esencial que es del sistema sanitario; sin embargo, disponer de mecanismos institucionalizados no asegura una participación intersectorial coordinada.

La precariedad y la falta de recursos se han señalado como la gran debilidad de los proyectos participativos de promoción de la salud. Estas se derivan de la estructura socioeconómica vigente y de la institucionalización del modelo biomédico en el sistema sanitario, que obvia el enfoque salubrista con el que había emergido

la atención primaria y la priva de presupuesto, multidisciplinariedad y desarrollo competencial.

Mejorar las expectativas de la acción comunitaria para la salud en un futuro próximo pasa por potenciar una orientación comunitaria de la atención primaria, para lo que es necesario mejorar la formación en salud comunitaria de los/las profesionales sanitarios/as, y asegurar una coordinación intersectorial en las actuaciones llevadas a cabo en el proceso, lo que implica una gran apuesta institucional y política. Sería interesante utilizar una herramienta de medición de la participación en toda acción comunitaria para la salud, tanto para orientar su diseño y planificación como para evaluar la profundidad de la participación y su impacto en el proceso. Mientras tanto, compartir las experiencias de aquellas personas implicadas en procesos participativos de promoción de la salud es un ejercicio de aprendizaje para maximizar el potencial de nuevas iniciativas que estén por venir.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Sí hay disponibilidad de bases de datos.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La participación es un derecho social y un elemento esencial de los sistemas democráticos. Nuestro marco legislativo promueve la participación comunitaria y recoge la atención comunitaria como un servicio básico de la atención primaria de salud. Sin embargo, disponer de mecanismos institucionalizados no asegura la participación intersectorial.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La precariedad y la falta de recursos de los proyectos de acción comunitaria para la salud se derivan de la estructura socioeconómica vigente y de la institucionalización del modelo biomédico en el sistema sanitario.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Para que fructifiquen nuevos procesos comunitarios de promoción de la salud debe impulsarse la orientación comunitaria de la atención primaria, siendo clave reforzar la formación en salud comunitaria de sus profesionales.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Declaración de transparencia

El autor 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

La concepción y el trabajo de campo de esta investigación corresponden a P. Nogueira González, con la supervisión metodológica de D. Gil y C. Álvarez-Dardet para su diseño en calidad de tutores de

un trabajo de fin de máster. La escritura del artículo ha correspondido a P. Nogueira González, con contribuciones críticas de D. Gil y C. Álvarez-Dardet. Las tres personas firmantes revisaron y aprobaron la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A todas las personas participantes en las entrevistas del trabajo de campo, por su tiempo, disponibilidad y valiosas reflexiones que tanto nos han enseñado.

Financiación

El artículo ha recibido una ayuda de SESPAS para su publicación en Gaceta Sanitaria.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102387>.

Bibliografía

1. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C.: OPS; 1996. p. 15–24.
2. World Health Organization. Participation as a driver of health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
3. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, et al. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. BMC Public Health. 2015;15:129.
4. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, et al. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. Glob Health Action. 2015;8:29842.
5. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. OMS; 1998. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO.HPR.HEP.98.1_spa.pdf.
6. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education. 2007;14:17–22.
7. Sobrino C, Hernán M, Cofino R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32 (Supl 1):5–12.
8. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24 (Supl 1):23–7.
9. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, número 222, 16 de septiembre de 2006.
10. Martín M. Los resultados de la globalización en los sistemas sanitarios europeos. En: Sánchez M, Colomo C, Repeto C, editores. Globalización y salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2005. p. 441–68.
11. Organización Mundial de la Salud. Desafíos de un mundo en transformación. En: Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
12. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38:421–4.
13. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria.Ganar.Salud.pdf.
14. March S, Jordán M, Montaner I, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. Gac Sanit. 2014;28:267–73.
15. Maynar I, Nieto R, Montero P, et al. Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de atención primaria de salud. Comunidad. 2010;12:12–7.
16. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R, et al. Projecte RIU: Un riu de cultures, un riu de salut. Una propuesta de intervenció en salut en entorns vulnerables. Comunidad. 2011;13:34–7.
17. Díez E, Pasarín M, Daban F, et al. Salut als Barris en Barcelona, una intervenció comunitaria para reduir las desigualdades sociales en salud. Comunidad. 2012;14:121–6.

18. Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, Benede-Azagra B, et al. Participación comunitaria: aprendizajes de la COVID-19 para nuevas crisis. Informe SESPAS 2022. *Gac Sanit.* 2022;36 (Supl 1):S22–5.
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf.
20. Gené-Badía J. Propuestas para salir de la crisis. *Atención Primaria Práctica.* 2022;4 (Supl 1):100158.
21. Cofino R, Prieto M, Hernán-García M. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2023;37:102254.
22. Trickett EJ, Beehler S, Deutsch C, et al. Advancing the science of community-level interventions. *Am J Public Health.* 2011;101:1410–9.
23. World Health Organization. Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques. European Sustainable Development and Health Series No 4. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2002.
24. Aguilar-Idáñez MJ. Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en atención primaria. *Comunidad.* 2006;9:66–81.
25. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open.* 2017;7:e013384.
26. South J. Health promotion by communities and in communities: current issues for research and practice. *Scand J Public Health.* 2014;42 (Suppl 15):82–7.
27. Minkler M. Using participatory action research to build healthy communities. *Public Health Rep.* 2000;115:191–7.
28. South J. An evidence-based framework on community-centred approaches for health: England, UK. *Health Promot Int.* 2019;34:356–66.
29. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in healthy cities. *Health Promot Int.* 2009;24 (Supl 1):i45–55.
30. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One.* 2014;9:e89554.
31. Cabeza E, March S, Cabezas C, et al. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. . . Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):81–6.
32. Zakus JD, Lysack CL. Revisiting community participation. *Health Policy Plan.* 1998;13:1–12.
33. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promot Int.* 2001;16:179–85.
34. Snijder M, Shakeshaft A, Wagemakers A, et al. A systematic review of studies evaluating Australian indigenous community development projects: the extent of community participation, their methodological quality and their outcomes. *BMC Public Health.* 2015;15:1154.
35. Francés-García F, La Parra-Casado D. Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud. *Gac Sanit.* 2022;36:60–3.