

Original

# Análisis descriptivo de la formación en participación comunitaria en salud en España



Dolors Juvinyà-Canal<sup>a,\*</sup>, Sílvia Espinal-Utgés<sup>a</sup>, Belén Pertierra-Menéndez<sup>b</sup>, Irene Rodríguez-Newey<sup>c</sup> y Javier Gállego-Diéguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Cátedra de Promoción de la Salud, Universidad de Girona, Girona, España

<sup>b</sup> Ayuntamiento de Castropol, Castropol, Asturias, España

<sup>c</sup> Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Dirección General de Salud Pública de Aragón, Gobierno de Aragón, Zaragoza, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 4 de febrero de 2019

Aceptado el 3 de mayo de 2019

On-line el 3 de julio de 2019

### Palabras clave:

Acción comunitaria para la salud  
Participación de la comunidad  
Educación en salud

## R E S U M E N

**Objetivo:** Describir las actividades formativas en participación comunitaria en salud que se realizan en España.

**Método:** Identificación y análisis descriptivo de las acciones formativas en el periodo 2017-2018 en los ámbitos de la universidad, la Administración pública y las unidades docentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria

**Resultados:** Se incluyeron 28 actividades formativas en el análisis descriptivo de ocho comunidades autónomas diferentes y dos de ámbito nacional. La mayoría de las actividades formativas son presenciales e impartidas por unidades docentes de formación especializada para profesionales de medicina y enfermería de atención familiar y comunitaria, con una duración de entre 10 y 25 horas, y sin coste de matriculación.

**Conclusión:** Existe un vacío formativo en la mayoría de las comunidades autónomas que evidencia que la formación en participación comunitaria en salud es escasa y está poco integrada. Las actividades formativas analizadas están incluidas principalmente en la formación de especialistas de medicina y enfermería de familia y comunitaria, si bien esta formación no está unificada ni se incorpora en todos los planes docentes. Para una mirada integral sobre la salud de las personas es esencial incluir la participación comunitaria en salud en la formación de grado y posgrado, tanto del ámbito sanitario como de otras disciplinas. Las instituciones responsables de la formación en los diferentes niveles deben incluir la participación comunitaria en salud en los itinerarios formativos de los profesionales.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Descriptive analysis of training in community health engagement in Spain

### A B S T R A C T

**Objective:** To describe the professional training health professionals receive in community health engagement in Spain.

**Method:** The identification and descriptive analysis of trainings developed between 2013-2018 offered by public universities, public administrations and the teaching units for the specialization of family and community health doctors and nurses.

**Results:** Twenty eight trainings were included in the descriptive analysis. Most of them had been organized during 2018 in eight Autonomous Communities. Two of them were organized at a national level. Most trainings were attendance based and have been developed by teaching units in charge of training doctors and nurses specializing in family and community health, with an average duration of 10-25 hours and no enrolment costs.

**Conclusion:** There is a lack of training in community health engagement in the majority of autonomous communities in Spain which shows that it is scarce and not yet fully integrated in the training of health professionals. The trainings that have been analyzed are mainly part of wider specialization programs for doctors and nurses specializing in family and community health, and even so this training is not standardized and included in the specialization programs of all the Spanish regions. To develop a comprehensive health approach it is key to include community health engagement as part of the trainings professionals receive during their University degree, and to extend it to other health professions. The institutions responsible for the training of health professionals should include community health engagement as part of the different training itineraries of professionals.

© 2019 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:

Community engagement  
Community health engagement  
Health education

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [dolors.juvinya@udg.edu](mailto:dolors.juvinya@udg.edu) (D. Juvinyà-Canal).

## Introducción

La participación comunitaria en salud, en el sector sanitario y en todos los sectores y campos de actividad relacionados con el desarrollo comunitario, fue reconocida en 1978 por la Organización Mundial de la Salud en la conferencia de Alma Ata<sup>1</sup>, cuando se sentaron las bases para la construcción del Sistema Nacional de Salud español y se incluyó la participación de las personas y de las comunidades como uno de los ejes prioritarios de la atención primaria<sup>2,3</sup>. En concreto, la Declaración de Alma Ata instó a promover la participación de la comunidad y de las personas en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles. Posteriormente, la Carta de Ottawa<sup>4</sup> establece la participación comunitaria en salud como uno de los ejes de la promoción de la salud, instando a una participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

En España, la participación comunitaria en salud se ha desarrollado de forma muy desigual en el territorio y bajo medidas poco concretas. En 2018 se publicó la *Guía de participación comunitaria*<sup>5</sup>, que es una traducción y adaptación al contexto español de la Guía NICE NG44, *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*<sup>6</sup>, con el objetivo de formular recomendaciones basadas en la evidencia para promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar, y para reducir las desigualdades. Basada en la definición de O'Mara-Eves et al.<sup>7</sup>, en esta guía se define la participación comunitaria como «el proceso mediante el que diferentes agentes de la comunidad se involucran –de manera directa o indirecta– en la toma de decisiones, o en la planificación, el diseño, la coordinación, la implementación o la evaluación de servicios, usando métodos de consulta, colaboración o empoderamiento».

A pesar de la evidencia existente respecto a los beneficios en salud que genera la participación comunitaria<sup>7</sup>, su estudio, evaluación y difusión en España son limitados<sup>8,9</sup>. En el proceso de adaptación de la Guía se planteó la hipótesis de que la disparidad en el desarrollo y en la presencia de la participación comunitaria puede deberse en parte a la escasez formativa al respecto en las profesiones sanitarias<sup>10</sup>. Por ello, el objetivo de este trabajo es identificar y caracterizar la formación en participación comunitaria en salud dirigida a profesionales del ámbito de la salud impartida en las universidades, en la Administración pública y en las unidades docentes de las comunidades autónomas de España, con el objetivo de involucrar a la comunidad en la toma de decisiones o en la planificación, el diseño, la coordinación, la implementación o la evaluación de servicios, o formar acerca de instrumentos o métodos de consulta, colaboración o empoderamiento de la comunidad.

## Método

Se realizó un estudio descriptivo de la formación en participación comunitaria en salud impartida por universidades públicas y privadas, Administraciones públicas autonómicas y unidades docentes de las especialidades de medicina y enfermería familiar y comunitaria. El estudio fue realizado en 2018 por un equipo investigador formado por cinco profesionales del ámbito de la salud. El método se estructuró en tres fases:

### 1) Fase de identificación de las actividades formativas

Para identificar las actividades formativas se formaron dos grupos de investigadores/as (un grupo con dos personas y otro con

tres). Cada grupo revisó las páginas web oficiales de las universidades españolas públicas y privadas, de las consejerías de sanidad y servicios sociales de 13 comunidades autónomas de España, y la web del *Programa de actividades comunitarias en atención primaria* (PACAP). El otro grupo revisó las otras 13 comunidades autónomas. De forma complementaria, se contactó con profesionales de referencia en algunas de estas instituciones para obtener más información. Otras fuentes, como Google, también sirvieron para complementar la búsqueda. Los criterios de inclusión para la identificación de las actividades formativas fueron:

- Actividades formativas en forma de curso o taller.
- Que en el título de la actividad formativa apareciesen las palabras «participación», «comunitaria» o «ciudadana».
- Que el título de la formación sugiriese que la participación comunitaria estaba presente.
- Que la formación estuviese programada o se hubiese impartido durante el periodo 2017-2018.

En esta fase se identificaron 114 actividades formativas (fig. 1). El proceso de identificación de las actividades formativas duró 4 meses (junio-septiembre de 2018). Las variables que se recogieron de cada actividad formativa fueron la comunidad autónoma donde se imparte la formación; el ámbito desde el cual se organiza (Administración pública, universidad o unidad docente de formación especializada); el nombre de la actividad formativa; su duración; la institución que la organiza; el valor académico (número de créditos, certificado de asistencia, diploma, etc.); la modalidad (presencial, semipresencial u *on-line*); el tipo de formación (curso de verano, formación de posgrado, formación continua, formación ofrecida por una unidad docente de formación especializada, etc.); y el precio de inscripción o matriculación.

### 2) Fase de cribado de las formaciones identificadas

Cada grupo revisó las actividades formativas identificadas por el otro grupo en la fase anterior mediante encuentros virtuales con los investigadores de su mismo grupo, con la finalidad de debatir y acordar la idoneidad de la actividad formativa para el análisis en la fase posterior. La fase de cribado se realizó durante el mes de octubre de 2018. Los criterios de inclusión en esta fase fueron:

- Que la actividad formativa estuviese dirigida a profesionales del ámbito de la salud.
- Que la participación comunitaria en salud apareciera de forma explícita en los objetivos o los contenidos de la actividad formativa.
- Que el organizador principal fuese una universidad, un organismo público o bien una unidad docente de formación especializada.

Se excluyeron del análisis 86 actividades formativas (fig. 1) por los siguientes motivos: no disponer de más información que el título de la actividad formativa (n = 30); la formación tenía como objetivo la participación comunitaria (o bien esta aparecía en los contenidos de la actividad formativa), pero no en el ámbito de la salud (n = 19); los objetivos o los contenidos de la formación no incluían ningún tipo de participación comunitaria (n = 21); el objetivo de la formación era la salud comunitaria, pero no hacía mención explícita a la capacitación de personas sobre habilidades para involucrar a la población y a la comunidad en la participación en procesos y toma de decisiones sobre salud (n = 6); la formación no estaba organizada por una universidad, organismo público ni unidad docente de formación especializada (n = 3); la actividad identificada no era un curso o taller, sino una jornada (n = 6); o la formación no tenía continuidad (n = 1).

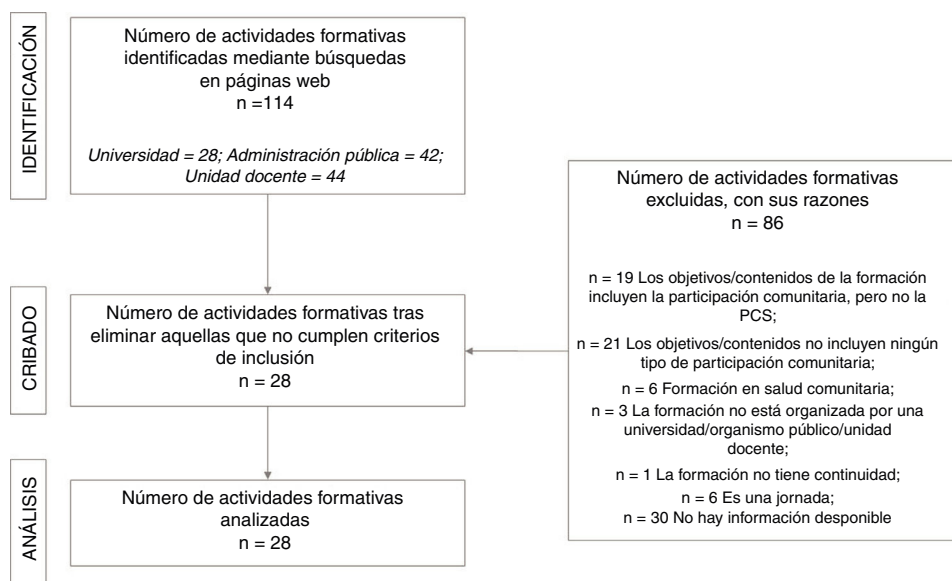


Figura 1. Fases de la recolección de actividades formativas en participación comunitaria en salud.

### 3) Fase de análisis descriptivo de los datos

Las actividades seleccionadas (véase el [Apéndice on-line](#)) fueron analizadas en Excel con la finalidad de sintetizar la información para mostrar las características más relevantes de cada actividad formativa y presentar el estado actual de la formación en participación comunitaria en salud en España mediante valores absolutos.

### Resultados

Se analizaron 28 actividades formativas, de las cuales casi la mitad (n = 13) eran impartidas en unidades docentes de formación especializada en medicina y enfermería de familia y comunitaria, ocho eran actividades formativas impartidas en el ámbito de la Administración pública, y una de cada cuatro (n = 7) se impartieron en el ámbito universitario por universidades públicas. Entre las actividades formativas en el ámbito de la universidad, cinco eran formaciones de posgrado (un máster propio, dos cursos de posgrado, un curso de especialización y un curso de extensión universitaria) y dos eran cursos de verano.

En las comunidades autónomas de Cantabria y Galicia no se identificó ninguna actividad formativa en participación comunitaria en salud. Las acciones formativas identificadas en Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Islas Canarias, La Rioja y Región de Murcia se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión en la fase de cribado. Cataluña, la Comunidad Valenciana e Islas Baleares eran las Comunidades Autónomas donde se impartía más formación en participación comunitaria en salud (n = 5 en cada una) ([tabla 1](#)), seguidas de Andalucía (n = 3) y el País Vasco (n = 3). Se analizaron actividades formativas de ocho comunidades autónomas diferentes y dos de ámbito nacional destinadas a profesionales de la salud de medicina o enfermería de familia y comunitaria (véase el [Apéndice on-line](#)).

Mayoritariamente, la formación se impartía de forma presencial (n = 21), pero la formación virtual también tiene un papel relevante (n = 6). La mitad de las formaciones analizadas tenían una duración de entre 10 y 25 horas, y solo una superaba las 100 horas. La mitad de las actividades de formación eran gratuitas, y el coste del resto oscilaba entre 70 y 2550 euros. Toda la formación impartida por unidades docentes de formación especializada era sin coste de matriculación.

### Discusión

Este estudio es una aproximación al estado de la formación en participación comunitaria en salud en España que permite vislumbrar algunas de las necesidades formativas actuales, y con ello, sugerir una mayor presencia de la participación comunitaria en salud en el diseño de nuevos planes docentes y ejes estratégicos en el ámbito universitario y de la Administración pública. Hasta el momento no se ha identificado ningún estudio de estas características, nacional ni internacional, que permita comparar los resultados obtenidos con los de otros contextos. No obstante, es destacable el hecho de que la formación en participación comunitaria en salud impartida en las unidades docentes de formación especializada para profesionales de la medicina y la enfermería de familia y comunitaria solo está presente en algunas comunidades autónomas, ya que la participación en salud fue uno de los valores que inspiró el desarrollo de la atención primaria en nuestro país, y este vacío formativo es un indicador (más) de que actualmente sigue sin estar del todo incorporada y desarrollada de manera integral y estructural.

Esto es relevante por varios motivos. En primer lugar, pone de manifiesto la dificultad para integrar una mirada biopsicosocial de la salud en la formación de los/las profesionales de la salud, pues la construcción social de la subjetividad hace de la participación comunitaria una necesidad humana y no solo una cuestión de derechos o de modelos de atención sanitaria. La participación comunitaria es una dimensión de la vida, imprescindible para el desarrollo integral de las personas, y sin embargo, la participación comunitaria en salud está muy dificultada en la sociedad actual<sup>10</sup>. Esta dificultad para desarrollar la participación social en general y la participación comunitaria en salud en particular está estrechamente relacionada con la sociabilidad que promueve nuestro sistema social, y ello hace difícil también la comprensión de la importancia que tiene la participación comunitaria en salud para la población y, por ende, la formación de los profesionales sanitarios. En segundo lugar, muestra uno de los vacíos teóricos y prácticos que ha tenido el desarrollo de la sanidad española, en tanto que la formación de sus profesionales todavía no incorpora una mirada integral sobre la salud de las personas. Más allá de relacionar estos vacíos con una concepción de la salud fragmentada, es relevante conectarlos con el modelo de gestión sanitaria que se ha venido desarrollando desde los años 1990, que algunos autores han denominado «gerencialismo» y que propone un sistema de

**Tabla 1**  
Recuento de las actividades formativas

Comunidad autónoma	Actividades formativas(n = 28)	Ámbito		
		Universitario (n = 7)	Administración pública (n = 8)	Unidades docentes de formación especializada (n = 13)
Andalucía	3	3		
Aragón	1	1		
Asturias	2		1	1
Cataluña	6	2		3
Comunidad Valenciana	5	1	4	
Extremadura	3	2		
Islas Baleares	5		3	2
País Vasco	3	2		1
Nacional	2	1		1

«clientelización» que excluye o minimiza el papel y los dispositivos tradicionales de la participación, considerada como un elemento perteneciente al pasado y no bien integrado en el proyecto del presente<sup>11</sup>.

Siendo así, el interés por desarrollar la participación comunitaria en salud implica no solo el diseño de planes formativos unificados para los profesionales sanitarios que trasciendan la formación especializada, sino un cuestionamiento del modelo de gestión sanitaria actual que permita construir un sistema que ponga en el centro la vida, los cuidados y las necesidades de las personas.

Por otro lado, la formación que ofertan las Administraciones públicas y las unidades docentes está dirigida solo a determinados profesionales de la salud, es decir, las unidades docentes de residentes de medicina y enfermería, sin opción a que profesionales de otras especialidades o del ámbito público adscritos/as a otras Administraciones públicas puedan participar en ella. Lo mismo ocurre con las formaciones que organizan las Administraciones públicas autonómicas. En general, las formaciones, exceptuando las de ámbito universitario, funcionan como compartimentos estancos. Este tipo de organización de la formación choca de distintas formas con las bases de la participación comunitaria en salud, para la que es imprescindible la coordinación de distintas entidades y profesionales tanto del ámbito sanitario (medicina y enfermería) como de la Administración local y autonómica, asociaciones, etc. Una forma de optimizar los recursos públicos que posibilite la realización de formaciones en participación comunitaria en salud estables en el tiempo sería abrirlas a distintos profesionales y que la formación fuese conjunta. La guía NICE de participación comunitaria<sup>5</sup> recomienda que se realicen intervenciones que fomenten la formación conjunta entre los diferentes agentes implicados en las iniciativas de participación comunitaria en salud.

Una limitación del estudio ha sido la accesibilidad a la información de las actividades formativas fuera del periodo de inscripción en el momento de la búsqueda. Otra limitación es que las formaciones organizadas desde las unidades docentes de formación especializada son las que más dificultades presentan para recabar la información necesaria para esta investigación: número de horas, continuidad, temario, coste, etc. Otro aspecto limitante ha sido la dificultad para identificar en qué formaciones se habla de participación comunitaria en salud. En este caso, el criterio que ha prevalecido ha sido que la participación comunitaria en salud apareciese de forma explícita en los objetivos o los contenidos de la actividad formativa, sin asumir, por ejemplo, que el hecho de que se trate la salud comunitaria implique en sí mismo que exista formación en participación comunitaria en salud con el objetivo de capacitar a profesionales de salud en habilidades para involucrar a las personas y la comunidad en decisiones y servicios de salud. Otra limitación del estudio es que se centra solo en formaciones destinadas a

profesionales de la salud, pues una mirada más amplia abierta a otras personas destinatarias permitiría un análisis más preciso de la realidad.

La formación en participación comunitaria en salud es un elemento clave para mejorar la calidad de las actuaciones que promuevan la salud y el bienestar comunitario de acuerdo con las recomendaciones formuladas por la adaptación de la Guía NICE de participación comunitaria al contexto de España<sup>12</sup>. Es esencial que la formación de grado, posgrado y continuada de las personas del ámbito directivo y de la gestión, así como de los/las profesionales del sistema sanitario, los servicios sociales y el sistema educativo, entre otros, tengan en su itinerario formativo conocimientos y competencias relacionados con la participación comunitaria en salud. Por consiguiente, es clave que se desarrollen planes institucionales de formación interdisciplinaria que integren y aseguren los conocimientos y las habilidades en participación comunitaria en salud en las competencias de estos profesionales. En futuras investigaciones, sugerimos incluir en el análisis de las formaciones a profesionales de la salud y de otros ámbitos como destinatarios de las actividades formativas.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La participación comunitaria en salud es una herramienta clave para mejorar la salud y el bienestar de las personas, y uno de los ejes prioritarios de la salud comunitaria, de la promoción de la salud y de la atención primaria. La formación en este ámbito es clave para que los/las profesionales de la salud desarrollen acciones de buenas prácticas. A pesar de esto, no existen estudios que describan la situación de la formación en participación comunitaria en salud en España.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Con este estudio se presenta un primer estado de la situación de las actividades formativas en participación comunitaria en salud que se llevan a cabo en España, y se pone de manifiesto la inequidad que supone el hecho de que la formación en participación comunitaria en salud sea muy diferente dependiendo de las comunidades autónomas. Esto invita a la reflexión sobre cómo facilitar el acceso de todas las personas que trabajan en el ámbito de la salud, independientemente de la comunidad autonómica a la cual pertenecen, a la formación en participación comunitaria en salud.

### Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

## Declaración de transparencia

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

## Contribuciones de autoría

Todas las personas que suscriben el presente trabajo cumplen los requisitos de autoría. D. Juvinyà-Canal ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, la interpretación de los datos, la revisión crítica del artículo con importantes contribuciones intelectuales y la aprobación final para su publicación. S. Espinal-Utgés ha participado en la concepción y el diseño del estudio, la recogida de datos, al análisis y la interpretación de los datos, la escritura del artículo y la aprobación de la versión final para su publicación. B. Pertierra- Menéndez e I. Rodríguez-Newey han participado en la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos, la escritura del artículo y la aprobación de la versión final para su publicación. J. Gállego-Diéguéz ha participado en la interpretación de los datos, la revisión crítica del artículo aportando importantes contribuciones intelectuales y la aprobación de la versión final del artículo.

## Agradecimientos

A Catalina Núñez por sus aportaciones intelectuales durante la redacción del artículo; a Milagros Ramasco por su colaboración en la fase de identificación de actividades formativas; a Edith Pérez y Mariano Hernán por sus contribuciones en el diseño del estudio; a Viola Cassetti, Vicky López y Joan Paredes, coordinadores del proyecto AdaptA GPS (Adapta y Aplica Guías de Promoción de la Salud); y a todas las personas de los diez nodos de diferentes comunidades autónomas que han colaborado con el proyecto AdaptA GPS.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2019.05.004.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS; 1978. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>
2. Gérvas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, et al. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 117 p.
3. Aguilar Idáñez MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Evaluación de experiencias en atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001. 199 p.
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. OMS; 1986. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/307050>
5. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, et al. 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. 65 p.
6. The National Institute for Health and Care Excellence. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities (NG44). NICE; 2016. (Consultado el 15/11/2018.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
7. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Heal Res. 2013;1:1–526.
8. Escartín Lasierra P, López Ruiz V, Ruiz-Giménez Aguilar JL. La participación comunitaria en salud. Rev Comunidad. 2015;17:1–8.
9. Fernández-Lamelas E, Vega-Monteagudo C. Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción? Enfermería Clínica. 2010;20:213–5.
10. Losada A. Malestares cotidianos y participación social. Madrid: Asociación Madrileña de Salud Pública; 2015. (Consultado el 22/11/2018.) Disponible en: [www.procc.org](http://www.procc.org)
11. Sánchez-Robles JJ. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. Rev Comunidad. 2004;73–9.
12. Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V, et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32 (Supl 1):7–41.