

Original

¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria



Asier Calvo Álvarez de Arkaia^{a,b,*}, Carmen Belén Benedé Azagra^{c,d,e},
Mikel Gandarias Jaió^f, Adrián Cardo Miota^g y Mariano Hernán García^{e,h}

^a Centro de Salud de Barañain II, Servicio Navarro de Salud, Barañain (Navarra), España

^b Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Pamplona-Iruña, España

^c Centro de Salud Canal Imperial - San José Sur, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

^d Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAC), España

^e Observatorio de Salud Comunitaria, Alianza de Salud Comunitaria, España

^f Centro de Salud de Elgoibar, Servicio Vasco de Salud, Elgoibar (Guipuzkoa), España

^g Centro de Salud de Órgiva, AGS Sur de Granada, Servicio Andaluz de Salud, Órgiva (Granada), España

^h Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2023

Aceptado el 17 de abril de 2024

Palabras clave:

Promoción de la salud

Salud Pública

Administración Sanitaria

Atención Primaria de Salud

Medicina de familia y comunitaria

R E S U M E N

Objetivo: Identificar y matizar qué medidas organizativas prácticas promoverían el desarrollo de las actividades comunitarias de nivel 2 (educación para la salud grupal con orientación comunitaria) y nivel 3 (acción comunitaria) en Atención Primaria (AP) desde la perspectiva de profesionales de medicina con formación y experiencia en este ámbito.

Método: Estudio exploratorio, descriptivo y transversal realizado mediante metodología cualitativa utilizando dos técnicas: 3 grupos focales (24 participantes) y 12 cuestionarios abiertos (12 participantes).

Resultados: Se definen 25 medidas para promover el desarrollo de estas actividades que interpelan tanto a las gerencias como a los equipos de atención primaria (EAP). Las propuestas más destacadas son potenciar la formación en salud comunitaria, incorporar en las agendas de trabajo de profesionales de los EAP la actividad comunitaria, priorización política y apoyo desde las gerencias, asegurar la estabilidad laboral de los equipos, fortalecer el reconocimiento de las actividades comunitarias, redimensionar los cupos, fortalecer el trabajo multidisciplinario, la cohesión y una organización autónoma y flexible en los EAP, y contar con el apoyo de las coordinaciones-direcciones de los EAP.

Conclusiones: Tres propuestas se han considerado fundamentales para favorecer el desarrollo de actividades comunitarias de nivel 2 y nivel 3 en AP: 1) potenciar la formación en salud comunitaria; 2) incorporar en las agendas de trabajo de las personas profesionales de los EAP la actividad comunitaria; 3) priorización política y apoyo desde las gerencias para el desarrollo de estos dos niveles de trabajo en AP. Otras seis propuestas se han reconocido como de especial importancia.

© 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/>).

What do we need to work with community orientation in Primary Health Care? Twenty-five measures for management and teams

A B S T R A C T

Objective: Identify and clarify what practical organizational measures would promote the development of level 2 (community-oriented group health education) and level 3 (community action) community activities in Primary Health Care (PHC) from the perspective of medical professionals with training and experience in this area.

Method: Exploratory, descriptive and cross-sectional study carried out using qualitative methodology using two techniques: 3 focus groups (24 participants) and 12 open questionnaires (12 participants).

Results: 25 measures are defined to promote the development of these activities that are the responsibility of management and Primary Care Teams (PCT). The most notable proposals are: enhance training in community health, incorporate community activity into the work agendas of professionals, political prioritization and support from management, ensure the job stability of the teams, strengthen the recognition of activities community, resize the patient population of professionals, strengthen multidisciplinary work, cohesion and an autonomous and flexible organization in the PCT, and have the support of the coordinations-directions of the PCT.

Keywords:

Health promotion

Public Health

Sanitary Management

Primary Health Care

Family and Community Medicine

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asier.calvo.alvarezdearaya@navarra.es (A. Calvo Álvarez de Arkaia).

Conclusions: Three proposals have been considered fundamental to promote the development of level 2 and level 3 community activities in PHC: 1) promote training in community health; 2) incorporate community activity into the work agendas of professionals; 3) political prioritization and support from management for the development of these two levels of work in PHC. Six other proposals have been recognized as being of special importance.

© 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/>).

Introducción

Los sistemas de salud tienen dos objetivos principales: mejorar la salud de la población que atienden y reducir las desigualdades en salud de la misma¹. Dentro de estos, la Atención Primaria (AP) constituye su «núcleo principal»², y esta tiene una responsabilidad con la atención individual, grupal y comunitaria para abordar dichos objetivos³.

En los últimos años se ha desarrollado una síntesis práctica que propone tres niveles de actuación en los que se traduce una AP con orientación comunitaria⁴: asistencia individual y familiar con orientación comunitaria (nivel 1), educación para la salud grupal con orientación comunitaria (nivel 2) y acción comunitaria en salud (nivel 3).

El trabajo desde AP en estos niveles 2 y 3 es efectivo para abordar diferentes problemas de salud⁵: por un lado, la educación para la salud grupal participativa o dinamizada por iguales es eficaz para la pérdida de peso, para mejorar parámetros clínicos en personas con diabetes y para mejorar el autocontrol y reducir las hospitalizaciones y las consultas en urgencias de las personas con enfermedades crónicas; por otro lado, las actividades comunitarias son eficaces para promover la actividad física y reducir los factores de riesgo y la mortalidad de causa cardiovascular. Existe además una sólida evidencia de cómo la participación comunitaria puede disminuir las desigualdades en salud⁶. Aunque la evidencia en relación al coste-efectividad de las intervenciones de desarrollo comunitario es todavía limitada, diversos estudios señalan un retorno positivo de la inversión⁷.

Existen cuatro hitos normativos que reconocen y priorizan estratégicamente la orientación comunitaria de la AP:

- La educación para la salud grupal y la atención comunitaria forman parte de la Cartera de Servicios Comunes de la AP del Sistema Nacional de Salud desde 1996⁸.
- La Ley General de Salud Pública 33/2011 establece que la AP debe asumir un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria⁹.
- El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad, de 2019, plantea reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención¹⁰.
- Los Planes de Salud y planes estratégicos de AP autonómicos que priorizan la orientación comunitaria¹¹⁻¹³.

El interés en este ámbito tanto de profesionales como de responsables en gestión es creciente¹⁴ y se ha señalado que la crisis que sufre la AP solo se resolverá si se consigue una clara orientación comunitaria de esta⁴. Diferentes plataformas profesionales en defensa de la AP han abogado por profundizar en esta orientación¹⁵.

A futuro, la generación de profesionales incorporada a la AP en los últimos 10 años destaca por un renovado interés en la perspectiva comunitaria de la salud¹⁶, y se han desarrollado movimientos críticos que incorporan esta orientación^{17,18}.

Se estima que, en nuestro medio, el 46% de los equipos de AP (EAP) no realizan ninguna actividad de nivel 2 o 3¹⁹, siendo muy escasos los que desarrollan de manera regular ambos niveles de tra-

Tabla 1

Medidas facilitadoras para el desarrollo de actividades de nivel 2 y nivel 3 en AP identificadas en estudios previos

- Apoyo y reconocimiento institucional formal^{19,20,23-27} e incorporar personal de promoción de la salud en las gerencias²⁶.
- Estrategias de implantación²⁶ y financiación^{23,26}.
- Estabilidad laboral y equipos estables^{24,25,27}.
- Formación^{20,23-27}.
- Tiempo suficiente para las actividades^{23,25}, integrándolas como parte de la práctica diaria²⁵, dentro de la jornada laboral¹⁹ y con autonomía para la gestión de la agenda²⁷.
- Definir mejor las tareas comunitarias de cada profesional y del EAP^{19,24,27}.
- Apoyo del EAP²⁴⁻²⁷ y de su dirección^{25,27}; designar responsables en cada centro de salud^{26,27}.
- Formar redes de centros que trabajan con orientación comunitaria²⁵.
- Fomentar la participación de la comunidad y el trabajo intersectorial^{19,25,26}.
- Asesoramiento técnico^{23,25,26} y materiales de apoyo²⁶.
- Promover la investigación²⁶.
- Incluirlas en la cartera de servicios^{20,26} y los contratos de gestión²⁶, y desarrollar indicadores específicos²⁶ e incentivos profesionales^{20,27}.
- Difusión y visibilidad²⁶.
- Fortalecer la relación entre AP y Salud Pública (SP)^{20,26}.

bajo, cuando así está normativamente establecido⁸. Además, existe una importante variabilidad entre comunidades autónomas^{20,21}.

Se calcula que las actividades comunitarias no ocupan más del 1% del tiempo profesional en AP²². Este dato contrasta con que el 25% de estas actividades se realizan fuera del horario laboral¹⁹, lo que sugiere implicaciones en su calidad y sostenibilidad.

En la **tabla 1** se recogen algunas medidas facilitadoras para el desarrollo de estas actividades en AP identificadas en estudios previos.

Partiendo de que las actividades comunitarias competen a todas las áreas profesionales de la AP, este estudio entiende que conocer la perspectiva de cada área profesional puede ayudar a identificar y concretar estas medidas. Esta investigación busca conocer qué medidas organizativas podrían promover el desarrollo de actividades de nivel 2 y 3 en AP desde la perspectiva particular de profesionales de medicina con formación y experiencia en este ámbito, y con un conocimiento situado en la realidad de la AP.

Método

Estudio cualitativo exploratorio en el que se analiza la opinión de las personas participantes mediante técnicas mixtas: grupo focal y cuestionarios escritos con preguntas abiertas. Los siguientes criterios de inclusión definieron la población de estudio: 1) especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria; 2) tener formación y experiencia en el desarrollo de actividades comunitarias; y 3) trabajar actualmente o haberlo hecho en los últimos 5 años en AP.

Se realizó un muestreo en bola de nieve²⁸ hasta alcanzar el objetivo previsto de reclutar 36 participantes atendiendo a los criterios de segmentación de género, edad y origen geográfico establecidos (**Tabla 2**). Participaron 22 mujeres, 13 varones y una persona no binaria, de entre 29 y 65 años de edad, que trabajaban en 14 comunidades autónomas. Muchas de las personas participantes contaban con publicaciones o participaban en grupos de trabajo en este ámbito, como el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)²⁹.

Tabla 2
Características sociodemográficas de las personas participantes

	Edad (años)	Género	Comunidad autónoma	Ámbito de trabajo
<i>Grupo focal 1</i>				
A1	29	Masculino	Madrid	Urbano
A2	51	Femenino	Islas Baleares	Urbano
A3	43	Femenino	Madrid	Urbano
A4	44	Masculino	Madrid	Urbano
A5	30	Femenino	Madrid	Urbano
A6	56	Femenino	Islas Baleares	Actualmente no asistencial
A7	45	Masculino	Madrid	Urbano
A8	40	Femenino	Andalucía	Urbano
<i>Grupo focal 2</i>				
B1	31	Femenino	Asturias	Rural
B2	47	Femenino	Cataluña	Urbano
B3	44	Masculino	Castilla y León	Rural
B4	43	Femenino	Cataluña	Urbano
B5	54	Masculino	Aragón	Urbano
B6	39	Masculino	País Vasco	Urbano
B7	61	Femenino	Navarra	Actualmente no asistencial
B8	65	Masculino	Murcia	Urbano
<i>Grupo focal 3</i>				
C1	35	Femenino	País Vasco	Urbano
C2	33	Masculino	Islas Canarias	Actualmente no asistencial
C3	32	Femenino	Comunidad Valenciana	Urbano
C4	49	Masculino	Asturias	Urbano
C5	62	Masculino	Galicia	Urbano
C6	57	Femenino	Galicia	Urbano
C7	38	Femenino	Extremadura	Urbano
C8	34	Femenino	Andalucía	Rural
<i>Cuestionarios abiertos 1</i>				
D1	57	Femenino	Galicia	Urbano
D2	31	Femenino	Galicia	Rural
D3	34	Masculino	Comunidad Valenciana	Urbano
D4	32	Femenino	Madrid	Urbano
<i>Cuestionarios abiertos 2</i>				
E1	33	Femenino	Reino Unido	Urbano
E2	29	No binario	Madrid	Urbano
E3	41	Femenino	Murcia	Urbano
E4	47	Masculino	Madrid	Urbano
E5	31	Femenino	País Vasco	Urbano
E6	41	Femenino	Andalucía	Urbano
E7	31	Femenino	Galicia	Rural

Tanto los grupos focales como los cuestionarios se desarrollaron de manera telemática mediante las plataformas Zoom y Google Forms, respectivamente. Se realizaron tres convocatorias y participaron 24 personas en los grupos focales (8 personas en cada uno) y 12 personas en los cuestionarios escritos. Por razones técnicas, uno de los cuestionarios no pudo ser analizado.

Se elaboraron guiones específicos para la realización de ambas técnicas (véase [Apéndice 1 en el Material suplementario](#)). Se hizo un ejercicio de priorización en el que cada participante proponía las tres medidas que consideraba más importantes para facilitar el desarrollo de los dos niveles de trabajo.

El trabajo de campo generó materiales audiovisuales y textuales procedentes de los grupos focales y de los cuestionarios, respectivamente. Se realizó un análisis de contenido. El sistema de categorías emergente se ordenó en función de los objetivos propuestos mediante el *software* Nvivo y se adaptó al modelo teórico. Se llevó a cabo un análisis cruzado entre investigadores.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Navarra con la referencia PL.2022/80, y se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes, asegurando la confidencialidad y el uso de la información exclusivamente para fines de investigación. La participación en el estudio fue voluntaria y no hubo incentivos materiales.

Resultados

En primer lugar se presentan las medidas organizativas identificadas según las personas consultadas que facilitarían el desarrollo

de las actividades comunitarias de nivel 2 y 3 en AP en función de los agentes que interpelan: 1) gerencias, y 2) EAP. Se presentan 25 medidas que incluyen en sí mismas propuestas más concretas. En segundo lugar, se presentan los resultados del ejercicio de priorización.

Medidas prácticas para promover desde las gerencias actividades comunitarias de nivel 2 y nivel 3 en AP

Según las personas consultadas, desarrollar estas actividades requiere disponer de una AP adecuadamente financiada.

Se propone apostar contundentemente por la formación en salud comunitaria en los estudios universitarios de ciencias de la salud, en las especialidades EIR y MIR de atención familiar y comunitaria, y mediante formaciones continuadas para todas las áreas profesionales de AP. Se reclama incluir el trabajo docente dentro de la jornada laboral, remunerado económicamente, y ofrecer opciones formativas de diferente extensión, complejidad y modalidad (virtual o presencial).

Se subraya la necesidad de contar con una composición sólida de los EAP, con profesionales estables y superando las plantillas infra-dotadas o con ausencias constantes. Se propone aumentar los ratios de enfermería, personal administrativo y trabajo social en los EAP, y priorizar la incorporación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Se plantea destinar más recursos profesionales a aquellas zonas básicas de salud con mayor privación socioeconómica, potenciando así la perspectiva de equidad de las actividades comunitarias.

Se insiste en que la agenda cuente con una parte explícitamente designada para las actividades de educación para la salud grupal y acción comunitaria.

También se propone reducir los cupos para poder dedicar tiempo a estas actividades, bien de profesionales actualmente con mayor implicación en ello, o bien de la totalidad de profesionales de los EAP, buscando una implicación mayor de todo el equipo.

Respecto a las herramientas de gestión, se propone que las carteras de servicios de AP de las comunidades autónomas y los contratos-programa incluyan estas actividades. Se sugiere implementar indicadores de gestión de las actividades comunitarias que asocien una remuneración económica al equipo o individualmente, tal como se hace con otros ámbitos.

Se plantea fomentar la autonomía organizativa de los EAP y realizar formaciones para el equipo coordinador-directivo del EAP, para favorecer su apoyo.

Respecto a la orientación de las gerencias, se solicita un apoyo claro al trabajo comunitario en AP y reforzar su reconocimiento profesional. Se propone realizar formaciones específicas para profesionales de las gerencias, y contar con responsables de salud comunitaria en ellas, con estrategias concretas, dotación presupuestaria y respaldo económico para las actividades comunitarias que lo requieran.

Se propone a las gerencias visibilizar las actividades comunitarias que se realizan; los repositorios digitales implementados en Extremadura se señalan como una buena práctica. Se solicita ofrecer apoyo metodológico para el desarrollo de actividades de nivel 2 y 3, y potenciar espacios de relación entre los EAP que trabajan con orientación comunitaria.

Por último, se propone fortalecer la relación entre SP y AP. Para promoverlo se sugiere orientar los departamentos de SP hacia la salud comunitaria y dedicar recursos a ello, e integrar estos y los sistemas sanitarios acercando formalmente ambas instituciones.

Medidas prácticas para promover desde los EAP actividades comunitarias de nivel 2 y nivel 3 en AP

En primer lugar, se destaca que las actividades comunitarias son competencia de todas las áreas profesionales de AP, considerándose enriquecedora esta multidisciplinariedad.

Se propone constituir un grupo promotor de salud comunitaria en cada EAP, que integre todas las áreas profesionales, que dinamice estas actividades y que mantenga informado a todo el equipo.

Se plantea abrir los centros de salud a la ciudadanía para actividades no relacionadas con la asistencia sanitaria; por ejemplo, invitando a personas vinculadas a diferentes activos comunitarios a explicar su actividad en sesiones del EAP u ofreciendo préstamos de libros.

Se propone potenciar el protagonismo de la comunidad en las actividades comunitarias, centrando estas en necesidades percibidas y priorizadas por ella y desarrollándolas habitualmente en horarios de tarde para facilitar la participación ciudadana.

Se interpela a las gerencias y los EAP a proponer agendas flexibles y con una parte designada a las actividades comunitarias. Se insiste en la autogestión de la agenda por parte de cada profesional para adecuarse a los ritmos de estas actividades y compensar la jornada laboral del mismo u otro día cuando estas se realicen fuera del horario laboral.

Las personas participantes señalan tres acciones al desarrollar actividades comunitarias: 1) evaluarlas; 2) poner en valor actividades sencillas que además pueden propiciar proyectos más complejos; y 3) dinamización remunerada de talleres de educación para la salud grupal por personas no sanitarias con experiencia en primera persona en el ámbito de trabajo.

Respecto a la cultura organizativa, se propone potenciar espacios de encuentro y reflexión dentro de las Unidades Básicas de

Atención (UBA) y los EAP, apoyarse mutuamente entre profesionales y desarrollar la autonomía de los EAP.

Se ha señalado la importancia de realizar sesiones formativas sobre salud comunitaria dentro de los EAP, y de contar con el apoyo del equipo coordinador-director del EAP.

Al igual que a las gerencias, se sugiere a los EAP visibilizar las actividades comunitarias realizadas; por ejemplo, mediante publicaciones en prensa o una memoria anual. Los EAP también deberían fortalecer las relaciones con otros EAP que trabajen con esta orientación y estrechar la relación con los organismos de SP.

Propuestas prioritarias

En el ejercicio de priorización, tres cuestiones destacaron con claridad al considerarse muy relevantes por más de un tercio de las personas participantes: 1) potenciar la formación; 2) incorporar en las agendas de trabajo la actividad comunitaria; y 3) priorización política y apoyo desde las gerencias.

Otras propuestas prioritarias para las gerencias fueron asegurar la estabilidad laboral de equipos y profesionales, fortalecer el reconocimiento de las actividades comunitarias, y redimensionar los cupos.

Respecto a los EAP, se priorizó fortalecer su trabajo multidisciplinario y la cohesión como equipo, desarrollar una organización autónoma y flexible, y contar con el apoyo de las coordinaciones-direcciones.

En las [tablas 3 y 4](#) se recoge el conjunto de medidas, en la [figura 1](#) se resumen gráficamente y en la [tabla 5](#) se detallan algunas argumentaciones de las personas participantes.

Discusión

Desde la particularidad de recoger la visión de profesionales de medicina con formación y experiencia en este ámbito que reflexionan desde el propio terreno de trabajo, este estudio matiza y reafirma un campo en el que otras publicaciones^{19,20,23-27} han profundizado previamente, y proporciona 25 medidas organizativas para las gerencias y los EAP con el fin de favorecer el desarrollo de actividades comunitarias de nivel 2 y 3 en AP.

Muchas de las medidas propuestas en este estudio ya han sido descritas y se están desarrollando en diferentes comunidades autónomas. Consideramos esto como una oportunidad para ahondar no solo en los «qué» sino también en los «cómo». La evaluación de estas implementaciones debería orientar su mantenimiento y generalización.

La infografía presentada en este trabajo ([Fig. 1](#) y [Apéndice 2 del Material suplementario](#)) puede ayudar a difundir algunas estacion clave para aquellas gerencias y equipos que deseen preparar las maletas (o rearmarlas) para trabajar con una perspectiva comunitaria.

Las medidas

El énfasis en la formación para potenciar estos dos niveles de trabajo resulta coherente con amplia literatura^{14,20,23-27,30-33}, al igual que el señalamiento explícito a la formación universitaria^{20,24-27} y la especialización EIR y MIR^{20,26,27,32}.

Este estudio corrobora la falta de tiempo^{20,22,25,27,31,32} y el desarrollo de estas actividades fuera de la jornada laboral^{14,19,20,23,25,26} como barreras fundamentales. Tal como apuntan otras publicaciones, las personas participantes proponen la autogestión de la agenda por las/los profesionales²⁷, una gestión de los tiempos flexible^{27,30} con el apoyo de la dirección del EAP^{25,27}, y designar específicamente una parte de la agenda a actividades comunitarias^{19,20,30-32}. Ya existen experiencias en algunas comunidades autónomas, como Aragón³³ y Extremadura.

Tabla 3

Decálogo práctico para las gerencias

- 1. Apostar por la financiación de la AP.**
- 2. Formación (MUY PRIORITARIO):**
 - 2.1. Potenciar la formación en salud comunitaria de profesionales de AP.
 - 2.2. Potenciar la formación en salud comunitaria en las especializaciones EIR-MIR.
 - 2.3. Potenciar la formación en salud comunitaria en los grados universitarios de ciencias de la salud.
 - 2.4. Liberar y remunerar a las/los docentes.
 - 2.5. Ofrecer formaciones en diferentes formatos (presencial-*online*, extensión, complejidad).
- 3. Composición de los EAP:**
 - 3.1. Apostar por la estabilidad laboral y los equipos estables (PRIORITARIO).
 - 3.2. Plantillas profesionales sin ausencias prolongadas.
 - 3.3. Destinar mayores ratios profesional-paciente a Zonas Básicas de Salud (ZBS) con indicadores socioeconómicos de mayor privación.
 - 3.4. Priorizar la incorporación de enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en los equipos de AP.
 - 3.5. Aumentar las ratios de enfermería.
- 4. Adecuación de cupos (PRIORITARIO):**
 - 4.1. Adecuar el tamaño de los cupos de las/los profesionales implicadas/os en este ámbito.
 - 4.2. Redimensionar globalmente los cupos para poder generalizar al conjunto de profesionales abordar el trabajo asistencial y el comunitario.
- 5. Agenda:**
 - 5.1. Designar una parte de la agenda a la atención comunitaria (MUY PRIORITARIO).
 - 5.2. Ofrecer la opción de reflejar las actividades de educación para la salud grupal y acción comunitaria en la agenda.
- 6. Formalizar las actividades comunitarias en las herramientas de gestión:**
 - 6.1. Incluir las actividades comunitarias en la cartera de servicios de AP de cada comunidad autónoma.
 - 6.2. Incluir estas actividades en los contratos-programa e implementar indicadores de gestión precisos en relación con las actividades comunitarias, y que estos tengan una trascendencia y una remuneración económica al equipo o individualmente, tal como se hace con los indicadores asistenciales.
- 7. Fomentar y respetar la autonomía de los EAP.**
- 8. Formación en salud comunitaria a las coordinaciones-direcciones de los EAP.**
- 9. Orientación comunitaria de las gerencias:**
 - 9.1. Apostar desde el nivel político y desde las gerencias por la orientación comunitaria (MUY PRIORITARIO).
 - 9.2. Fortalecer el reconocimiento de las actividades comunitarias (PRIORITARIO).
 - 9.3. Formación en salud comunitaria a las/los profesionales de las gerencias.
 - 9.4. Contar con responsables de salud comunitaria en las gerencias.
 - 9.5. Contar con una estrategia de salud comunitaria con dotación presupuestaria.
 - 9.6. Financiar las actividades comunitarias que lo requieran.
- 10. Visibilizar las actividades comunitarias que se realizan.**
- 11. Ofrecer apoyo metodológico para el desarrollo de actividades comunitarias.**
- 12. Desarrollar redes y espacios de relación entre EAP que trabajan con orientación comunitaria.**
- 13. Salud Pública:**
 - 13.1. Fortalecer la relación entre SP y AP.
 - 13.2. Orientar los departamentos de SP hacia la salud comunitaria y dedicar recursos a ello.
 - 13.3. Integrar formalmente los departamentos de SP y los sistemas sanitarios.

Tabla 4

Decálogo práctico para los AP

- 1. Entender las actividades comunitarias como propias de todas las áreas profesionales (PRIORITARIO).**
- 2. Organización comunitaria del EAP:**
 - 2.1. Organizar un grupo promotor de salud comunitaria dentro del EAP formado por profesionales de las diferentes áreas.
 - 2.2. Ir informando e implicando a todo el EAP en las actividades comunitarias que se desarrollen.
- 3. Abrir los centros de salud a la comunidad:**
 - 3.1. Realizar sesiones para el EAP presentadas por representantes de activos de salud de la comunidad.
 - 3.2. Ofrecer otras actividades en los centros de salud diferentes de la asistencia sanitaria (por ejemplo, servicio de préstamo de libros).
- 4. La comunidad como protagonista de las actividades comunitarias:**
 - 4.1. Centrar las actividades comunitarias en EAP necesidades percibidas y priorizadas por la comunidad.
 - 4.2. Desarrollar las actividades de educación para la salud grupal o acción comunitaria en buena medida en horarios de tarde para facilitar la participación ciudadana.
- 5. Agenda y compensaciones horarias:**
 - 5.1. Designar una parte de la agenda a la atención comunitaria (MUY PRIORITARIO).
 - 5.2. Favorecer la flexibilidad y la autogestión de la agenda por parte de cada profesional (PRIORITARIO).
 - 5.3. Cuando se realicen actividades fuera del horario laboral, compensar esas horas reduciendo la jornada laboral del mismo u otro día.
- 6. Matices en el desarrollo de actividades comunitarias:**
 - 6.1. Poner en valor las actividades comunitarias sencillas.
 - 6.2. Promover la dinamización remunerada de actividades de educación para la salud grupal por personas con experiencia en primera persona en el tema de trabajo.
 - 6.3. Evaluar las actividades comunitarias.
- 7. Cultura de trabajo en los EAP:**
 - 7.1. Potenciar los espacios de encuentro, escucha y cohesión entre profesionales dentro de las UBA y los EAP (PRIORITARIO).
 - 7.2. Apoyarse mutuamente entre profesionales del EAP (PRIORITARIO).
 - 7.3. Desarrollar la autonomía del EAP.
- 8. Realizar sesiones de equipo sobre salud comunitaria.**
- 9. Apoyo desde la coordinación-dirección del EAP (PRIORITARIO).**
- 10. Visibilizar lo que se hace:**
 - 10.1. Visibilizar las actividades comunitarias que se desarrollan.
 - 10.2. Realizar una memoria anual en el EAP con la actividad comunitaria realizada.
- 11. Establecer relaciones con otros EAP que trabajan con orientación comunitaria.**
- 12. Fortalecer la relación entre SP y AP.**

¿Qué necesitamos para “hacer comunitaria”?



Figura 1. ¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»?

Tabla 5
Verbatimim

- «Reconocer la Atención Primaria como base principal del sistema sanitario y por tanto dotarla de los recursos que requiere. Tanto a nivel humano, material, presupuestario...» E5
- «Creo que es superimportante tener muy claro el marco teórico, muchísima formación.» B1
- «Me parece que para poder organizarnos bien *a posteriori* primero tenemos que conocer, desde la carrera, tanto de medicina, enfermería, cualquier facultad de ciencias de la salud, qué es la salud comunitaria. Porque lo que no se conoce luego es muy difícil que pienses en ello. Entonces, como que reforzaría muchísimo esa parte de pregrado. Yendo un poco más allá, pues, durante la especialización de Medicina de Familia también reforzaría la formación en ello.» C1
- «Ahora, actualmente, la eventualidad de los contratos de los profesionales es una dificultad importantísima.» B8
- «Aumentar los ratios de enfermería y trabajadoras sociales en los centros de salud sería fundamental. Pero, claro, Enfermería, por supuesto, Familiar y Comunitaria.» C5
- «Es que lo de liberar la agenda es una forma de reconocer que eso es una parte del trabajo. Y por tanto remunerarlo, que no es por el dinero, sino por dedicarle un espacio y ponerlo en valor.» A5
- «Entonces, algo tan sencillo como eso, que las actividades comunitarias sean agendables, y quede constancia y se puedan valorar, evaluar, cuantificar y demás, ¿no?» B8
- «A mí me resulta muy útil tener la agenda de mi mano, tener capacidad para la gestión de mi propia agenda.» C6
- «Como he dicho anteriormente, cabría (re)dimensionar los cupos, para poder combinar la atención individual a pacientes con las implicaciones en procesos comunitarios.» E1
- «En Baleares, cuando fue mejor todo, fue cuando estaba en la cartera de servicios, es decir, en la cartera de servicios estaba que había que llevar a cabo una intervención comunitaria desde los centros de salud.» A6
- «Entonces no me parece mal que este año, de los 40 indicadores, seis o siete tienen que ver con comunitaria [...] Porque es difícil de falsear con esto, e igual que los tenemos en diabetes o en las bajas, pues me parece razonable.» B5
- «Que esto es una cosa más de la autogestión de los centros, nada distinto a gestionar las vacaciones o gestionar los permisos o la organización del centro.» C5
- «No sirve de nada asumir que mis compañeros no hacen comunitaria porque a lo mejor no saben ni siquiera de qué va la película. Que haya conformaciones y formaciones dentro del equipo para que todo el mundo hable el mismo idioma y entienda la importancia, o por lo menos lo conozca.» A1
- «Para mí lo fundamental es voluntad política real. Y, por lo tanto, un liderazgo claro de que por esto queremos apostar.» B5
- «Creo que es importante que en las gerencias haya alguien cuya tarea expresamente sea promover la promoción de la salud o la comunitaria en Atención Primaria.» B8
- «Formar a los gestores en atención comunitaria; en los cargos directivos el desconocimiento es palmario.» E4
- «Disponer de una estrategia de salud comunitaria con dotación presupuestaria para las acciones previstas.» D3
- «Que la propia organización visibilice las actividades comunitarias que realizan sus equipos, como parte importante del sistema sanitario público.» C4
- «Por supuesto, visibilizar lo que hacemos, eso sí que es fundamental. Nosotros, la memoria la hacemos todos los años y la mandamos a todas partes. Que sepan lo que se hace.» B5
- «Me parecería útil contar con personas de referencia a quienes solicitar apoyo para conseguir datos epidemiológicos y sociodemográficos de nuestra población, así como apoyo metodológico de cara a registrar y comunicar los resultados de los procesos que hagamos.» E2
- «Supone un elemento muy dinamizador el conocer lo que se hace en el entorno, y para mí ha supuesto una gran inspiración.» D3
- «Más comunicación entre Atención Primaria y Salud Pública. Hacer conocedora siempre la una a la otra de intervenciones que se desarrollen en el territorio e invitarse a participar y pensar de la mano.» E7
- «La comunitaria la tiene que hacer quien la quiera hacer y la pueda hacer [...] Si una administrativa está supervinculada con el barrio, participa, engancha mejor con un montón de población, ¿por qué no va a hacer comunitaria? O la trabajadora social, o la enfermera, o la médica.» A5
- «Cosas prácticas que creo que funcionan, o que pueden funcionar, para mí la primera es la creación de un grupo motor dentro del centro.» B2
- «La apertura del centro a la población, y me refiero un poco al espacio físico del centro.» A3
- «Podemos abrir las puertas de nuestras sesiones y nuestras bibliotecas a que los recursos vengan, desayunen con nosotros y nos cuenten en qué andan.» B3
- «Así que me parece que cada uno tiene que empezar por lo que pueda empezar, y que tiene que hacer lo que pueda, que no siempre se pueden hacer procesos participativos 100% puros.» A8
- «Me parece importante contar con personas no sanitarias que ofrezcan perspectivas diversas, tanto desde lo social como especialmente personas con experiencia en primera persona en los temas a tratar [...] y por supuesto que esta colaboración se haga de forma adecuadamente remunerada.» E2
- «Lo primero, tener espacio-tiempo para hacer equipo dentro del centro de salud. Sin eso, pues no se puede llegar a ningún lado.» C8
- «Es verdad que muchas veces son políticas micro, políticas de directores de centro, de directoras de centro que dicen “vamos a hacer” o “no vamos a hacer”.» A7

También se coincide al reclamar un apoyo firme desde las gerencias y el ámbito político^{14,19,20,23-27,32}, y fortalecer la financiación de la AP²⁷.

Otros estudios apuntan la necesidad de definir mejor las tareas comunitarias de los EAP y de cada profesional^{19,24,27,31}. En relación a los EAP, se refuerza la idea de incorporar estas actividades en la cartera de servicios de AP de cada comunidad autónoma^{14,20,22,26,30} y de incluirlas en los contratos-programa³¹ y en los indicadores de gestión^{27,31}. En relación con cada profesional, se señala que las actividades comunitarias deben ser competencia de todas las áreas profesionales del EAP²², así como el potencial rol de las enfermeras especialistas³².

Al igual que en otras investigaciones, en esta se propone intensificar la formación en salud comunitaria de los equipos gerentes^{4,14,27}, contar con una persona referente de salud comunitaria en las gerencias^{26,27,32}, fortalecer el reconocimiento de estas actividades^{19,23,25,26} y apostar por la estabilidad laboral^{24,25,27,32}. También se coincide al proponer una asesoría metodológica para el desarrollo de estas actividades^{23,25,26}, promover la relación entre EAP que trabajen con orientación comunitaria^{20,25} y fortalecer la relación entre AP y salud pública^{10,14,20,26}. Aun habiendo controversia en la literatura^{24,33}, y a pesar de los posibles riesgos asociados a esta medida³⁴, este estudio propone disminuir los cupos de pacientes. Nuevas investigaciones deberían ahondar en ello.

En relación con las coordinaciones-direcciones de los EAP, se insiste en contar con un apoyo claro por su parte^{25,27,32} y se propone formarlas en salud comunitaria, aspecto que otros estudios deberían explorar más.

Esta investigación propone abrir los centros de salud a la comunidad, promoviendo la colaboración de la ciudadanía en roles distintos del de paciente y ofreciendo servicios diferentes a la atención sanitaria habitual. Se deberían estudiar los beneficios de estas medidas como impulsoras de actividades comunitarias.

En cuanto a los EAP, se ha enfatizado la importancia de la cultura organizativa y se propone potenciar su autonomía^{26,32}, los espacios de encuentro^{26,32} y el apoyo mutuo entre profesionales^{19,25,27,31}, y conformar grupos promotores de salud comunitaria^{27,32}. Se sugiere también una organización horizontal del equipo que promueva la iniciativa de las/los profesionales, y trabajar superando las relaciones jerárquicas entre áreas profesionales. Otros estudios deberían explorar estos dos aspectos como elementos facilitadores.

Más allá de adaptar los horarios de las actividades comunitarias³⁵, este estudio propone desarrollarlas mayoritariamente en horario de tarde para facilitar la participación ciudadana.

Fortalezas y limitaciones

Recoger la visión particular de profesionales de medicina supone una particularidad de este estudio que hace imprescindible que se complementen sus resultados con los de otras investigaciones que recojan la visión de otras disciplinas de AP, máxime cuando en los resultados del estudio se incide en la importancia de considerar las actividades comunitarias como propias de todas las áreas profesionales, y priorizar la incorporación de enfermeras especialistas, además de aumentar sus ratios.

Cabe destacar el carácter interterritorial e intergeneracional del grupo participante, con 12 menores de 35 años, 15 entre 35 y 50 años, y 8 mayores de 50 años. Esta intencionada sobrerrepresentación de profesionales más jóvenes busca dar mayor visibilidad a las generaciones con especial protagonismo en definir la AP en la próxima década.

Otros estudios deberían considerar la perspectiva de profesionales del ámbito rural, con una menor representación en el actual estudio.

Desde una metodología cualitativa se ha buscado entender este fenómeno con profundidad de manera contextualizada con este

grupo concreto de participantes en España, al comienzo del verano de 2022. Esto debe implicar moderaciones al generalizar los hallazgos a otras realidades³⁶.

A pesar de que se abordó directamente, las reflexiones no acabaron de centrarse en cómo la perspectiva de género puede mostrar barreras y facilitadores para desarrollar actividades comunitarias en AP. Otros estudios deberían considerar mejor esta cuestión y profundizar en las implicaciones propias de una AP intensamente feminizada, tal como destacaron las personas participantes.

Desarrollar la perspectiva comunitaria de la AP requiere seguir generando conocimiento sobre sus barreras y su implementación práctica.

Conclusiones

La atención comunitaria y el desarrollo de actividades comunitarias son una competencia esencial de la AP y de la medicina familiar y comunitaria. Este estudio establece, desde una perspectiva médica, tres propuestas prioritarias para promover el desarrollo de las actividades de educación para la salud grupal con orientación comunitaria y la acción comunitaria en AP:

- Potenciar la formación en salud comunitaria (grados universitarios, especialización EIR-MIR, profesionales de AP y profesionales de gerencias).
- Incorporar en las agendas de trabajo la actividad comunitaria.
- Priorización política y apoyo desde las gerencias para su desarrollo.

Otras seis propuestas se han reconocido como de especial importancia. Se plantea a las gerencias promover la estabilidad laboral de los equipos, fortalecer el reconocimiento de las actividades comunitarias y redimensionar cupos. A los EAP se les recomienda fortalecer su trabajo multidisciplinario y la cohesión como equipo, desarrollar una organización autónoma y flexible, y contar con apoyo de las coordinaciones-direcciones de los EAP.

En definitiva, las 25 medidas propuestas en este estudio y su priorización ofrecen a las gerencias y a los EAP que deseen desarrollar actividades comunitarias de nivel 2 y 3 una hoja de ruta para saber qué pueden hacer y por dónde pueden empezar. Hagamos camino.

¿Qué se sabe sobre el tema?

A pesar de que la educación para la salud grupal con orientación comunitaria y la acción comunitaria en salud son actividades esenciales de la Atención Primaria, estas no se realizan de manera sistemática en todos los equipos. Se conocen diferentes medidas que facilitan el desarrollo y la implementación de estas actividades.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Desde la perspectiva particular de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con formación y experiencia en este ámbito, y que desarrollan su práctica profesional en Atención Primaria, matiza y reafirma algunas de dichas medidas.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Las medidas orientadas a gerencias y equipos de atención primaria, la priorización propuesta y su síntesis en dos tablas y tres infografías ofrecen una hoja de ruta práctica para el desarrollo y la implementación de estas actividades.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos narrativos de la presente investigación quedan a disposición de las personas que los soliciten mediante correo electrónico al autor de correspondencia.

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos Marcos.

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

A. Calvo Álvarez de Arkaia y M. Hernán García diseñaron la investigación con contribuciones de C.B. Benedé Azagra. A. Calvo Álvarez de Arkaia preparó y coordinó el desarrollo de la investigación y dinamizó los grupos focales con el apoyo observador de M. Hernán García, M. Gandarias Jaio y A. Cardo Miota. A. Calvo Álvarez de Arkaia realizó el análisis de los materiales, que contrastó con M. Hernán García. A. Calvo Álvarez de Arkaia elaboró la primera versión del artículo, que fue revisada por el resto de los/las autores/as. C.B. Benedé Azagra realizó una importante contribución en la búsqueda bibliográfica. A. Calvo Álvarez de Arkaia realizó las sucesivas redacciones que incluyeron las aportaciones del resto de las personas firmantes.

Agradecimientos

Este estudio no hubiese sido posible sin el apoyo de las 36 personas que participaron buscando hacer camino en común. Gracias también a aquellas que se ofrecieron a participar y que, por un motivo u otro, finalmente no pudieron hacerlo. Gracias a Amaia Prieto Arratibel, por su ayuda en el análisis inicial de los datos. Gracias a Javier Gallego Diéguez, por su valiosa contribución en la búsqueda bibliográfica.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Apéndice. Material suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102403>.

Bibliografía

- Starfield B. Atención primaria y su relación con la salud. En: Starfield B, editor. *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2000. p. 3–18.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: OMS; 1978.
- Casado Vicente V, coordinador. Tratado de medicina de familia y comunitaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
- Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2023;37 Supl:102254.
- March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S94–104.
- South J, Stansfield J, Mehta P. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. 2015. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/402889/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_brief_....pdf.
- 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.
- Gobierno de España. Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. 2006. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/BOE-A-1030-2006-consolidado.pdf>.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, número 240 (5 de octubre de 2011).
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Marco estratégico 2021-2024. Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2020.
- Gobierno de Navarra. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. Estrategia de atención primaria y comunitaria de Navarra 2019-2022. Gobierno de Navarra; 2019.
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de atención primaria. Plan Estratégico 2020-2022. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud; 2021.
- Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, et al. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32 Supl 1:22–5.
- Vall-Ilossera Moll de Alba A, Simón Lorda P. Nuevas formas organizativas para defender una atención primaria que va camino de «no ser». *AMF*. 2017;13:482–3.
- López Santiago A. Veinticinco años no son nada: un hábito de esperanza. *Comunidad*. 2016;18:1.
- Colectivo Silesia. Quiénes somos. (Consultado en octubre de 2022.) Disponible en: <https://colectivosilesia.net/quienes-somos-colectivo-silesia/>.
- La Cabecera. Quiénes somos. (Consultado en Oct de 2022.) Disponible en: <https://lacabecera.org/quienes-somos/>.
- March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis 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.
- March S, Soler M, Miller F, et al. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37:25–33.
- March S, Ramos M, Soler M, et al. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43:289–96.
- Regato Pajares P, Domínguez Bidagor J, Sancho Castiello M. Coordinación socio-sanitaria y abordaje comunitario en atención primaria. En: Navarro López V, Martín Zurro A, editores. *La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: SEMFYC; 2009. p. 149–67.
- Benedé Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015.
- March S, Ripoll J, Jordán Martín M, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open*. 2017;7:e015934.
- López Torrent E, Forcada Vega C, Miller F, et al. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2010;42:218–25.
- Soler M, March S, Ramos M, et al. Situación de las actividades comunitarias en atención primaria. Informe final. 2008. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>.
- 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.
- Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Statist*. 1961;32:148–70.
- PACAP. ¿Qué es el PACAP? (Consultado el 30/8/2023.) Disponible en: <https://pacap.net/que-es-el-pacap/>.
- Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf.
- Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:213.

32. Cardo Miota A, Valls Pérez B, Gil García E, et al. Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gac Sanit.* 2023;37:102269.
33. Domínguez García M, Pola-García M, Oliván Blázquez B, et al. Análisis de las agendas comunitarias en atención primaria y factores asociados a su implantación. *Gac Sanit.* 2023;37:102257.
34. Ruiz Téllez A. A este lado del espejo. Editorial Círculo Rojo; 2023.
35. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
36. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, et al. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014.