



ORIGINAL

Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud

Sebastià March^{a,*}, María Ramos^b, Mario Soler^c, Juan Luís Ruiz-Jiménez^d,
Frederick Miller^e y Julia Domínguez^f, grupo de investigación PACAP[◇]

^a Sociólogo, Unidad de investigación GAP Mallorca, Palma de Mallorca, Illes Balears, España

^b Técnico de salud, Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears, Palma de Mallorca, Illes Balears, España

^c Médico de familia, Centro de Salud Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

^d Médico de familia, Centro de Salud Vicente Soldevilla, Madrid, España

^e Médico de familia, Centro de Salud Larrad, Barcelona, España

^f Psicóloga Clínica, Gerencia Área 11, AP, Madrid, España

Recibido el 9 de septiembre de 2009; aceptado el 14 de abril de 2010

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Promoción de la salud;
Intervenciones comunitarias;
Comunidad;
Investigación en servicios;
Revisión documental;
Atención Primaria

Resumen

Objetivo: Describir las actividades comunitarias (AC) publicadas o inscritas en redes de promoción de la salud en las que ha participado Atención Primaria (AP).

Diseño: Estudio descriptivo, mediante revisión documental de experiencias.

Fuentes de datos: Artículos, actividades en redes de intercambio de experiencias on-line, comunicaciones y proyectos premiados.

Selección de experiencias: Se incluyeron AC en las que AP y la comunidad atendida participaban en su inicio, desarrollo y/o evaluación, sin ser acciones puntuales.

Extracción de datos: Se recogieron las siguiente variables: fuente, año del registro del documento, CCAA, Municipio, número y nombre de los centros de salud implicados, población diana, objetivos, participación de la comunidad, y de sectores sanitarios y no sanitarios, perspectiva teórica, y métodos de evaluación.

Resultados: Se identificaron 472 actividades que cumplían criterios, con participación de 300 centros de salud de la mayoría de CCAA. El 71,8% registradas en redes on-line, y el 19,3% en artículos. Las poblaciones diana más frecuentes fueron población general (22,2%), jóvenes (18,2%) y madres y padres (10,2%). El 58,2% tenía como objetivos: capacitar a la comunidad para optar por comportamientos más saludables, transmitir información sanitaria a la población, o fomentar el autocuidado. En el 33,3% no participó ningún agente además de AP. Del resto, participaron sectores no sanitarios en el 53,8%, entidades cívicas 26,9% y administraciones 24,2%.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: smarch@ibsalut.caib.es (S. March).

◇ El grupo de investigación PACAP lo componen, además de los autores firmantes: Blanca Lahoz, María José Pérez Jarauta y Isabel Muntaner.

KEYWORDS

Health promotion;
Community
interventions;
Community;
Research into
services;
Documental review;
Primary Health Care

Conclusiones: La mayoría de las AC documentadas se encuentran en redes y su presencia por CCAA es desigual. La participación de otros sectores diferentes de AP en las actividades identificadas es baja.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Documental review of community health promotion experiences in primary health care

Abstract

Objective: Describe the community activities (CA) published or registered in health promotion networks in which Primary Health Care (PHC) has taken part.

Design: Descriptive study, by documental review of experiences. Data source: articles, activities in exchange networks, presentations and funded projects.

Selected experiences: The AC included were those where PHC and the local community were involved in its inception, development and/or evaluation, but not solitary actions with no continuity.

Data extraction: The following variables were collected: Source and year of the document; region; municipality; name and number of health centres involved; target population; objectives; involvement of the community, the health and the non-health sectors; theoretical perspective and evaluation methods.

Results: A total of 472 activities were found that met criteria, involving 300 health centres in most of the autonomous regions. Of those, 71.8% were registered in networks, and 19.3% were registered in articles. The most frequent target populations were: the general population (22.2%), youth (18.2%) and parents (10.2%). More than half (58.2%) had one or more of the following objectives: to empower the community to choose healthy behaviours; transmit health information to the population, or encourage self-care. In 33.3% of the activities there were no other sectors involved besides Primary Care. Of the remainder, non-health sectors participated in 53.8%, civic bodies in 26.9%, and government administration in 24.2%.

Conclusions: Most of the CA are documented in networks and their presence is uneven by region. The involvement of sectors other than PHC in the activities identified is low.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La responsabilidad de la realización de actividades comunitarias (AC) de promoción de la salud fue asignada a Atención Primaria de Salud (APS) desde la reforma sanitaria española de los años ochenta, y ha sido reafirmada en los sucesivos cambios legislativos^{1,2}. Aunque la participación y la acción comunitaria eran ejes centrales de la fundación de la APS en España³, han sido, según la opinión de expertos, uno de los aspectos más abandonados de la reforma⁴. La implantación de las AC no está muy extendida en los centros de salud⁵ y a menudo se desarrolla por el voluntarismo de los profesionales⁶. Hay varias razones que influyen en este hecho⁷⁻⁹, como el desinterés de las administraciones sanitarias, la resistencia de los profesionales a realizar actividades preventivas y los cambios en los modelos de participación de las entidades ciudadanas.

En los últimos años parece estar surgiendo un debate para devolver la orientación comunitaria a la APS^{5,10,11}, en buena parte promovido por el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc). Son muestra de esta inquietud la reciente aparición de propuestas^{12,13}, estudios de análisis de situación¹⁴⁻¹⁶ y redes on-line para el intercambio y la difusión de experiencias, algunas promovidas por el PACAP y otras a nivel autonómico.

La perspectiva de la orientación comunitaria también está siendo contemplada en otros países de nuestro entorno, aunque a otros niveles: en el Reino Unido, desde una perspectiva de integración de metodologías de evaluación de estas actividades, en el estudio¹⁷ de la efectividad de intervenciones que refuercen la participación y fortalecimiento comunitario y proponiendo estrategias basadas en la evidencia para ello^{18,19}; y en Estados Unidos, realizando aproximaciones para el análisis global de salud de toda una nación orientado, no sólo al estudio de resultados en salud, sino al de los factores determinantes de la misma y abogando por el refuerzo de acciones de intervención comunitaria en salud^{20,21}.

Ha pasado un cuarto de siglo desde el inicio de la reforma de APS en España, y aunque esta ha sido ampliamente estudiada y evaluada, se sabe muy poco sobre las AC realizadas²². Un estudio de principios de los noventa²³ concluía que la mitad de los profesionales de APS de Toledo habían tenido alguna experiencia en participación comunitaria, aunque no describía las actividades realizadas. Un estudio del 2003 en el País Vasco pretendía conocer la implantación de las actividades comunitarias en la APS de Osakidetza⁷, entendiendo estas de una manera muy abierta, ya que se consideraban como AC las intervenciones individuales en consulta. El principal resultado fue que el 51% de los equipos de atención primaria

Tabla 1 Población diana a la que se dirigen las actividades comunitarias.

Tipo	Nº	% sobre total ^a
Población general	105	22,2
<i>Grupos edad</i>		
Jóvenes	86	18,2
Niños y niñas	50	10,6
Mayores de 65 años	34	7,2
Adultos	25	5,3
<i>Mujeres en diferentes situaciones vitales</i>		
Madres y padres	48	10,2
Mujeres sin especificar	31	6,6
Mujeres en la menopausia	32	6,8
Mujeres embarazadas	13	2,8
<i>Personas con enfermedades</i>		
Personas diabéticas	28	5,9
Personas con problemas de salud mental	15	3,2
Personas con otras enfermedades crónicas	14	3,0
Personas hipertensas	13	2,8
Personas con enfermedades respiratorias	9	1,9
Personas obesas	7	1,5
Personas con fibromialgia	6	1,3
<i>Personas que dan apoyo a otras</i>		
Personas cuidadoras	26	5,5
Profesionales	14	3,0
Familiares	9	1,9
<i>Poblaciones en riesgo</i>		
Inmigrantes	13	2,8
Población en exclusión	12	2,5
Personas con alguna discapacidad	3	0,6
Otra población diana	5	1,1

^a Cada actividad comunitaria podía tener más de una población diana.

que respondieron afirmaron haber participado en alguna AC.

El presente estudio pretende identificar y describir las AC en las que han participado los equipos de atención primaria de España, desde los inicios de la reforma, a través de una revisión de las experiencias documentadas.

Material y métodos

Estudio descriptivo mediante revisión documental en profundidad de las siguientes fuentes: artículos publicados, actividades registradas en redes de intercambio de experiencias de AC o de promoción de la salud de acceso libre, comunicaciones presentadas en los congresos del PACAP y proyectos premiados por el PACAP.

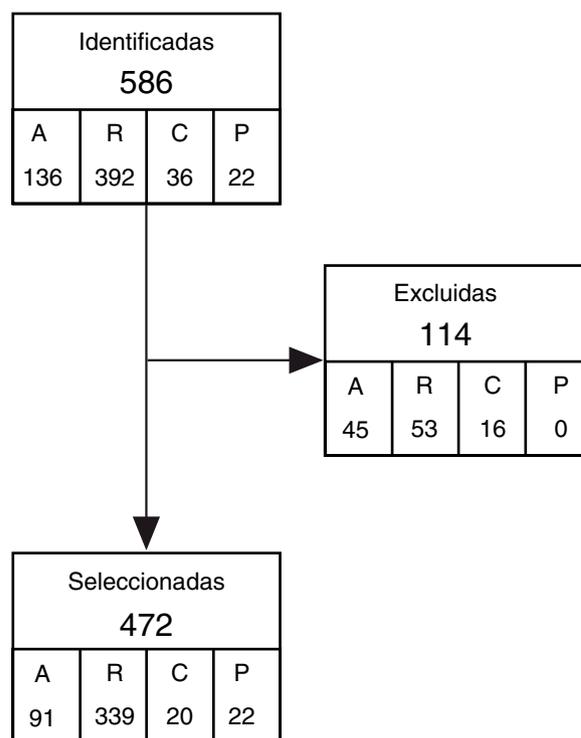
Definición de AC consensuada por el equipo investigador: actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que van dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, poten-

ciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades, considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Participación del equipo de atención primaria
- Integradas en un programa y por tanto no son acciones puntuales y aisladas.
- Participación de la comunidad en el inicio, desarrollo y/o evaluación de las AC.

Por lo tanto no se consideraron AC:

- Acciones dirigidas únicamente al diagnóstico de problemas específicos de salud (programas de cribado, revisiones) o a la prevención de un problema concreto de salud mediante la aplicación de una terapia concreta (programas de vacunación, sellado de molares).
- Consultas individuales específicas (consulta de planificación familiar, consulta de tabaquismo), o acciones que aún dirigidas a grupos no contemplan la participación de algún sector de la comunidad en su organización, y que se limitan a transmitir información (charlas, conferencias).



Esquema general del estudio: Revisión documental de actividades comunitarias. Fuentes: A: Artículos; R: Redes on-line de promoción de la salud; C: Comunicaciones; P: Premios PACAP.

Recogida de información

Para la revisión de artículos se consultaron las siguientes bases de datos: Medline, Embase, Cuiden, Cuidatge, IBECS, BDIE, ADOLEC. Se realizó entre marzo y abril del 2007y

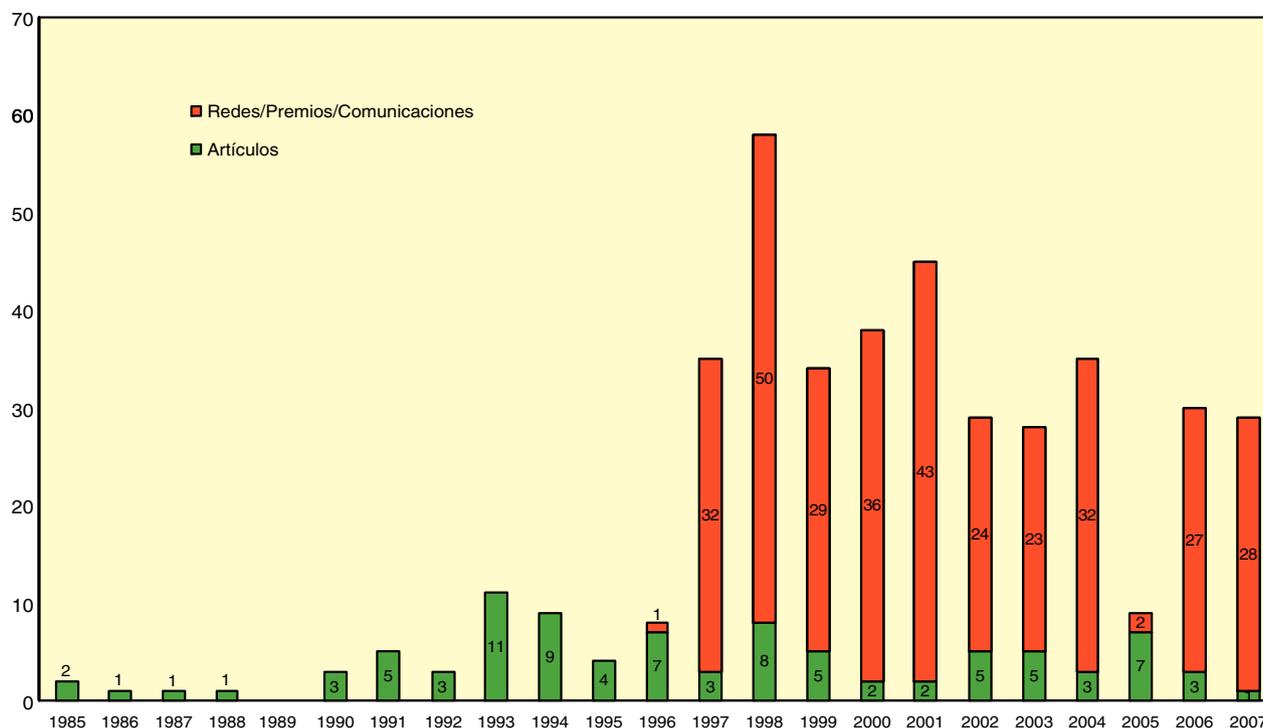


Figura 1 Año de publicación o adscripción a redes de las actividades comunitarias.

no hubo limitación del periodo estudiado. Se utilizaron combinaciones de los siguientes descriptores: *Community medicine, community health services, health promotion, health education, educación grupal, primary health care y Spain*. Se revisó la bibliografía de cada uno de los artículos identificados.

Respecto a las AC localizadas en redes on-line se consultaron: la Red de Actividades Comunitarias del PACAP (RAC www.pacap.net), el Sistema de información de promoción y educación para la salud (SIPES) del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.sipes.msc.es/); la red AUPA (Actuando Unidos Para la Salud) de Cataluña (www.gencat.net/salut/ies-aupa), o la Red aragonesa de proyectos de promoción de la salud (RAPPS) de Aragón (www.reddeiniciativas.com/). Se solicitó al PACAP información sobre proyectos premiados y comunicaciones presentadas en congresos.

Se realizó una primera revisión de todos los documentos para garantizar que cumplían los criterios de inclusión y una revisión por pares de los casos dudosos.

Variables

Se completó una ficha para cada AC confirmada, con las siguientes variables: fuente del documento, año de publicación, CCAA, municipio, número y nombre de los centros de salud implicados, población diana, objetivos, participación de sectores sanitarios (como salud pública, o hospitales) y no sanitarios (como ayuntamientos, asociaciones, o servicios sociales), perspectiva teórica, participación de la comunidad, existencia de evaluación y tipo (proceso o resultados) y métodos de la misma.

Los datos se analizaron con ayuda del software SPSS 12.0.

Resultados

Fuentes y origen de las AC

Se identificaron 586 posibles AC, de las que se excluyeron 114 (19,4%). Las causas de exclusión fueron la no participación del centro de salud (63,1%), no cumplir criterios de AC (26,3%) o no ser AC realizadas en España (10,5%). Las fuentes de las actividades excluidas vienen detalladas en el esquema del trabajo.

De las 472 AC incluidas, 91 (19,3%) eran artículos en revistas científicas, 339 (71,8%) actividades registradas en redes, 22 (4,7%) proyectos premiados por el PACAP y 20 (4,2%) comunicaciones orales.

Las AC identificadas en artículos procedían de 23 revistas, aunque tres cuartas partes procedían de 5 revistas: Atención Primaria (31), Centro de Salud (10), Enfermería clínica (10) Metas de enfermería (8) y Trabajo Social y Salud (8). En cuanto a las redes, la mayoría de AC se identificaron a través de la RAC (292), y el resto a través de la RAPPS (26) y de AUPA (21). Ninguna en la SIPES. El año de publicación o de adscripción a redes estaba disponible en el 90% de las AC identificadas (fig. 1).

Las comunidades autónomas (fig. 2), donde se localizaron más AC son Madrid (35,6% del total), Cataluña (14%) y Andalucía (12,5%). Participaron en las actividades 300 centros de salud de 153 municipios.

Características de las AC

La población diana a la que iban dirigidas las AC identificadas viene recogida en la tabla 1. La población diana más frecuente fueron las "mujeres en diferentes situaciones

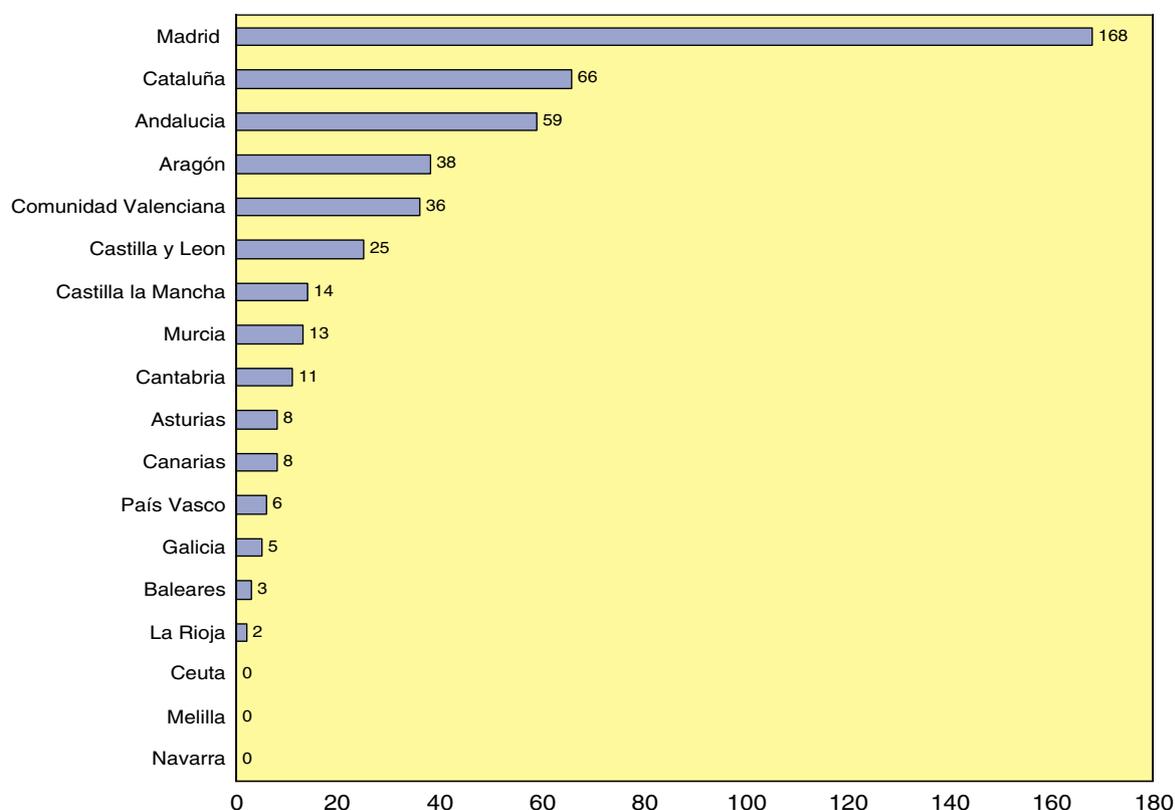


Figura 2 Actividades comunitarias identificadas por CCAA.

vitales'' (26,4%). El 58,2% de las AC identificadas tenían uno de los siguientes objetivos: capacitar a la comunidad para que opte por comportamientos más saludables; transmitir información sanitaria a la población; y fomentar la capacidad de autocuidado. El resto de objetivos identificados se expone en la tabla 2.

En el 66,7% de las actividades participó otro agente además de la APS. En la figura 3 se muestra el porcentaje de participación de los distintos sectores en las AC. Los servicios no sanitarios que más participaron son: Educación (29,2% del

total) y Servicios Sociales (21%); y los sanitarios: Hospitales y Servicios de Salud Mental (4,2% en cada caso). Entre las entidades cívicas fueron las Asociaciones de madres y padres (8,5%), Asociaciones de vecinos (8,1%) y ONG (6,6%). La administración que con mayor frecuencia participó fue el Ayuntamiento (17,8%), seguida del Gobierno Autónomo (11,9%).

En la mayor parte de las actividades se mencionaba expresamente la participación activa de la comunidad en el desarrollo de la actividad (80,7%); aproximadamente una

Tabla 2 Objetivos de las actividades comunitarias.

Objetivo	Nº	% sobre el total ^a
Capacitar a la comunidad para que opte por comportamientos más saludables	123	26,3
Transmitir información sanitaria a la población	117	24,8
Aumentar la capacidad de autocuidado de la población	96	20,3
Desarrollar un programa para solucionar un problema concreto	88	18,6
Identificar y priorizar problemas o necesidades	57	12,1
Otros objetivos ^b	47	10,0
Mejorar la calidad de vida y bienestar de un territorio o de una comunidad	47	10,0
Constituir un consejo de salud o equivalentes	35	7,4
Evaluar la efectividad de un programa	29	6,1
Realizar una acción intersectorial	24	5,1
Mejorar la calidad de los servicios sanitarios	22	4,7
No queda claro cuál es el objetivo	8	1,6
Identificar los recursos de la comunidad	2	0,4

^a Cada actividad comunitaria podía tener más de un objetivo.

^b En la mayoría de los casos, se trata de objetivos muy generales, como: "mejorar la salud", "promover la salud", "favorecer las relaciones", "promover el asociacionismo"...

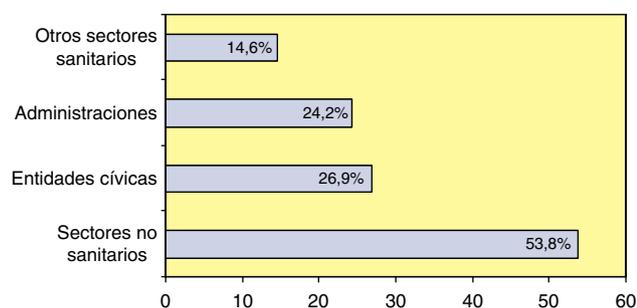


Figura 3 Participación de otros agentes en las actividades comunitarias identificadas.

tercera parte (29%) en el diseño de la actividad y sólo una minoría en la evaluación (4,2%).

Evaluación y perspectiva teórica

Incluían una evaluación el 61% de las AC. Esta fue sólo de proceso en un 28,8% de las AC que realizaron evaluación, de resultados en el 17,7%, de proceso y resultados en el 18,4% y no quedaba claro en el 37,5%. Para la evaluación se utilizaron únicamente métodos cuantitativos en un 56,2%, sólo métodos cualitativos en un 4,5%, ambos métodos en un 18% y en un 21,8% no quedaba claro.

Menos de la mitad de las AC identificadas (41,1%) mencionaban la perspectiva teórica o metodológica en la que se fundamentaban. La más frecuente fue la Educación para la salud (29,7% del total). Otras perspectivas eran mencionadas en un porcentaje inferior al 5%: APOC (4%), Investigación Acción Participativa (4%), Desarrollo Comunitario (3,4%), Procesos Correctores Comunitarios (1,2%) y otras perspectivas (2,5%).

Discusión

El presente estudio constituye una aproximación a las actividades comunitarias que se han realizado en APS en España desde el inicio de la reforma. Se identificaron 472 actividades comunitarias en las que participaron 300 centros de salud de casi todas las CCAA y de las que se describen algunas características como objetivos, población diana, y participación de otros agentes.

Limitaciones y puntos fuertes del estudio

Las experiencias seleccionadas no son todas las que se han realizado en España durante el periodo estudiado, sino solamente aquellas publicadas o recogidas en bases on-line. Ello implica la existencia de un sesgo de publicación debido al tipo de estudio realizado. Además no podemos saber si en la actualidad siguen en funcionamiento las AC seleccionadas. Por todo ello, sería interesante investigar con otro tipo de diseño lo que hoy por hoy se realiza en APS.

Con todo, se ha tratado de realizar la revisión con la máxima exhaustividad, considerando fuentes diversas. Sin embargo, ante la imposibilidad de abarcar todos los congresos donde se presentan AC, se optó por seleccionar los dos principales encuentros a nivel nacional centrados en esta

temática y en APS: PACAP y Federación de asociaciones de enfermería comunitaria de APS (FAECAP). Finalmente no se pudo contar con la información de FAECAP. Es una limitación del estudio no haber logrado abarcar más fuentes.

La variabilidad en la concepción de las AC, dificulta su investigación. Uno de los puntos fuertes del estudio es incorporar una definición fruto de un consenso entre un grupo de expertos en comunitaria e investigación que puede servir de guía para otros estudios.

Difusión de las AC

Las AC identificadas se han llevado a cabo en el 10,4% de los centros de salud de España²⁴. Como ya hemos mencionado, pensamos que este porcentaje es probablemente tan solo la punta del iceberg de las AC realizadas.

Los resultados parecen indicar que hay diferentes estrategias de difusión de las AC a nivel autonómico. Madrid, por ejemplo, ha optado por visibilizar sus AC registrándolas en la RAC. Aragón, aún sin ser tan grande como otras CCAA, tiene una representación importante de AC identificadas, puesto que cuentan con su propia red autonómica de promoción de la salud. De Navarra, con amplia experiencia en el ámbito del trabajo comunitario en salud, no se ha identificado ninguna AC, probablemente porque se han centrado más en la elaboración de materiales²⁵ que en la difusión de las propias AC.

Las redes de actividades comunitarias o de promoción de la salud han sido la fuente más importante para identificar AC en este estudio, particularmente la RAC. Eso nos hace pensar que pueden ser una fuente importante de difusión y de intercambio de experiencias en este ámbito.

No parece haber una estrategia de publicación de estas experiencias en revistas científicas, al igual que ocurre con la investigación en APS en general²⁶⁻²⁸. Los motivos podrían estar relacionados con varios factores como la falta de tiempo, de tradición investigadora, de revistas de la especialidad, y de unidades de apoyo metodológico a profesionales.

Características de las AC

Llama la atención la escasa participación de las instituciones y los sectores no sanitarios en las AC, así como que sólo en una de cada cuatro AC participan entidades cívicas. La estrategia de la OMS "Salud para Todos en el siglo XXI"²⁹ aboga por el trabajo intersectorial y la participación de la ciudadanía en la salud, por lo que esta falta de participación de los diferentes agentes con potencial para actuar sobre la salud de las poblaciones sugiere cierta pobreza de las actividades realizadas, que debería ser evaluada. Esta falta de participación tiene factores estructurales dentro del sistema sanitario, la administración en general, los profesionales y también los ciudadanos⁹.

Hay multitud de corrientes teóricas que sustentan el trabajo comunitario, pero en más de la mitad de las AC identificadas no se explicita el seguimiento de ninguna en concreto. Esto podría indicar una falta de formación o que a la práctica no se apliquen las propuestas teóricas de una manera *pura*, sino escogiendo de cada una aquello que parece más interesante.

La perspectiva más frecuente en las AC identificadas es la de la educación para la salud³⁰ (30,5%). Es muy posible que esta corriente sea la que más influencia tenga en las AC en APS, aunque tal vez no sea tan conocida como un cuerpo teórico propiamente dicho, con su conjunto de herramientas y conceptos. Sería interesante saber que entienden los y las profesionales sanitarios por educación para la salud.

Es relevante la presencia de sistemas de evaluación en, al menos, el 61% de las AC. No obstante, esto no debe ser motivo de satisfacción ya que en el 37% de estas no quedaba claro como la hicieron. Sería importante que se realizase evaluación de todas las AC que se realizan, así como explicar detalladamente el sistema de evaluación en su difusión, para aumentar la visibilidad de las AC, y potenciar su práctica a través de la efectividad demostrada³¹. Esto puede ser complicado metodológicamente puesto que los resultados de las AC suelen ser a medio o largo plazo, y difícilmente cuantificables³². Por esta razón es interesante trabajar con metodologías de evaluación que combinen lo cuantitativo y lo cualitativo y que tengan en cuenta el proceso, además de los resultados. Dentro de la lógica de la estrategia comunitaria de empoderar a los ciudadanos³³, cabría considerar las metodologías de evaluación participativa, todavía muy desconocidas en sus aplicaciones en el campo de la salud en nuestro país³⁴.

Conclusiones

El impulso en la participación de atención primaria en AC pasa por difundir las experiencias de lo que ya se está haciendo y parece que las redes on-line pueden ser una buena herramienta para ese objetivo.

Lo conocido sobre el tema:

- Las actividades comunitarias de promoción de la salud pueden ser intervenciones efectivas para mejorar la salud de las poblaciones.
- Estas intervenciones son responsabilidad de Atención Primaria de salud desde el inicio de la reforma sanitaria.
- La práctica de las actividades comunitarias no está muy extendida en los centros de salud.
- No se conoce mucho sobre las intervenciones comunitarias que se han realizado en los centros de salud.

Qué aporta este estudio:

- Se describen las características de las actividades comunitarias realizadas en atención primaria.
- Se identificaron 472 actividades comunitarias en las que participaron 300 centros de salud de la mayoría de CCAA.
- Hay una escasa participación de la comunidad y de otros sectores diferentes al de salud en el diseño de estas intervenciones.

Este estudio pone de manifiesto que se han realizado AC en prácticamente todo el estado español, aunque estas son muy heterogéneas y su calidad es difícil de dilucidar a partir de las fuentes consultadas. El estudio detecta una falta de trabajo intersectorial, una baja participación real de la ciudadanía a través de entidades cívicas y un bajo apoyo de las administraciones públicas. Sería interesante efectuar estudios descriptivos sobre las características de las AC que se están desarrollando en la actualidad, así como evaluaciones de éstas combinando las metodologías cualitativas y cuantitativas. Estas evaluaciones abrirán las puertas a la publicación científica, que puede ser un foro importante para la difusión de las AC.

Financiación

Financiado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sebastià March tiene una ayuda de estabilización del trabajo de investigación del ISCIII.

El estudio también ha contado con el apoyo del grupo de investigación en servicios de la Red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud de atención primaria (RedIAPP, exp 06/0018/0036) y del grupo de investigación en atención primaria del Instituto universitario de investigación en ciencias de la salud de las Islas Baleares (IUNICS).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de Rafa Cofiño y del blog saludcomunitaria.wordpress.com.

Bibliografía

1. Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº128, (29-5-2003).
2. Real Decreto 1030/2006 del 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, nº222, (16-9-2006).
3. Irigoyen J. La participación comunitaria en salud: Una reformulación necesaria. En: Aranda JM, editor. *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Diaz de Santos; 1994. p. 183–221.
4. Gérvas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto /error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: www.msc.es.
5. Soler Torroja M. Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;36:355–7.
6. Astray L. La intervención comunitaria en la encrucijada (editorial). *Aten Primaria*. 2003;32:447–50.
7. Gutierrez M, Azpeitia ME, Vergara I. Actuar con la comunidad. . . ¿Una asignatura pendiente en Osakidetza? *Comunidad*. 2004;7:63–7.

8. Duro JC. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. *Aten Primaria*. 2005;36:71–7.
9. Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad*. 2004;7:73–9.
10. Turabián JL, Pérez B. Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. *Aten Primaria*. 2007;39:261–4.
11. López Santiago A. Una oportunidad para mejorar la atención primaria. *Comunidad*. 2004;7:5–10.
12. Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional del Estado español. *Comunidad*. 2005;8:62–72.
13. López Fernández LA. Diez años de *Comunidad*. *Comunidad*. 2008;10:5–7.
14. Aguiló E, López M, Siles D, López LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria*. 2002;29:26–32.
15. Ruiz-Giménez JL, Domínguez J. Reflexiones sobre “lo comunitario” en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38:421–4.
16. Regato P, Domínguez J, Sancho M. Coordinación sanitaria y abordaje comunitario en atención primaria. En: Navarro V, Martín-Zurro A, coordinadores. *La Atención Primaria de Salud en España y en sus comunidades autónomas*. Barcelona: Semfyc; 2009. p. 149–68.
17. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. London, Health development agency 2005. [consultado 11/03/ 2010]. Dponible en: http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2007/01/grading_evidence.pdf.
18. NICE. Community engagement to improve health. London, Nice public health guidance 9, 2008. [consultado 11/03/ 2010]. Dponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH009Guidance.pdf>.
19. Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) [consultado 11/03/ 2010]. Dponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
20. Contryhealthrankings.org [internet] Wisconsin: University of wisconsin Population Health Institute. [consultado 11/03/2010]. Dponible en: www.countyhealthrankings.org/take-action%20.
21. Taylor KW, Athens JK, Booske BC, O’Connor CE, Jones NR, Remington PL. Wisconsin County Health Rankings Full Report. University of Wisconsin Population Health Institute. 2008.
22. Lorenzo-Cáceres A, Otero A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984–2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:131–45.
23. Pérez-Franco B, Turabián Fernández JL, Magaña Loarte JE, Manzano Cano J, Fernández L, Juárez M. Factores asociados a la participación comunitaria en la atención primaria de la provincia de Toledo. *Aten primaria*. 1993;12:339–44.
24. Instituto Información Sanitaria. Catalogo de centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
25. Echauri M, Pérez Jarauta MJ. *Estilos de Vida. Promoción de la salud. Acciones colectivas y comunitarias*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública; 2002.
26. Fernández Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;31:281–4.
27. Llobera Cànaves J. Reflexionando sobre los obstáculos en la investigación en atención primaria. Opinión de los investigadores. In: *Documentos de trabajo sobre investigación en atención primaria*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Fondo de investigaciones Sanitarias; 1996.
28. Violan C, Fabregas M, Pujol E, Zabaleta E. Investigación en AP. En: Navarro V, Martín-Zurro A, coordinadores. *La Atención Primaria de Salud en España y en sus comunidades autónomas*. Barcelona: Semfyc; 2009. p.73–90.
29. Organización Mundial de la Salud. *Salud para Todos en el Siglo XXI*. Madrid: Ministerio de salud y consumo; 1998.
30. Pérez Jarauta MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. *Manual de educación para la salud*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública; 1998.
31. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
32. Ministerio de sanidad y consumo. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2000.
33. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):192–202.
34. Guía de Evaluación participativa para municipios y comunidades saludables. [Internet]Lima: Organización Panamericana de la Salud 2005. [acceso: 28 agosto 2009]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/guiaeval/preliminar.pdf>.