

Participación en salud para la orientación comunitaria en Atención Primaria. Estudio de caso en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova, Llíria (Valencia)

Community health participation for community-oriented Primary Care: a case study in the Arnau de Vilanova Health Department, Llíria (Valencia)

María del Rosario López Fernández. Consultorio Auxiliar de Losa del Obispo. Departamento de Salud del Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia (España)

Luis López Cerrillo. Centro de Salud Pública de Valencia. Valencia (España)

Cintia Sancanuto. Centro de Salud Pública de Valencia. Valencia (España)

Alba Sanfélix. Centro de Salud de Godella. Departamento de Salud del Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia (España)

Javier Zarzo. Centro de Salud de Bétera. Departamento de Salud del Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia (España)

FECHA DE RECEPCIÓN:
3 DE FEBRERO DE 2025
FECHA DE ACEPTACIÓN:
10 DE ABRIL DE 2025

Para contactar:

María del Rosario López Fernández.
lopez_mariadelrosariofer@gva.es

Editor/a responsable:
Micaela Lluïl Sarralde

RESUMEN

Introducción. La participación comunitaria en salud (PCS) es fundamental para la orientación comunitaria de la Atención Primaria (AP). Sin embargo, persisten barreras conceptuales, técnicas y estructurales que dificultan su implementación.

Objetivo. Analizar la configuración de los espacios de participación en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (AVL) y la adaptación local de políticas públicas, e identificar sus agentes y pilares clave.

Métodos. Estudio cualitativo descriptivo y explicativo realizado en 16 zonas básicas de salud entre octubre de 2023 y octubre de 2024. Se empleó observación participante no encubierta y revisión bibliográfica para documentar los procesos de planificación, implementación y evaluación de los espacios de participación.

Resultados. Las dinámicas participativas variaron según los recursos disponibles y el compromiso local, destacándose el papel de los agentes comunitarios, la gobernanza municipal y la colaboración intersectorial. La flexibilidad en la implementación de políticas fue clave para adaptarse a los contextos específicos.

Conclusiones. La PCS requiere una redefinición conceptual, fortalecimiento de la intersectorialidad y mayor apoyo institucional para consolidarla como estrategia central en la AP. Este estudio subraya la importancia de empoderar a la comunidad y a los agentes de salud para promover espa-

cios inclusivos y sostenibles.

Palabras clave: participación comunitaria, intersectorialidad, agentes comunitarios.

ABSTRACT

Introduction. Community participation in health (CPH) is essential in the community-oriented approach of Primary Care (PC). However, conceptual and technical barriers persist, which limit its development.

Aim. To analyze the configuration of participatory spaces in the Arnau de Vilanova-Llíria health department, the adaptation of local public policies and the identification of key actors.

Methods. Descriptive and explanatory qualitative study performed across 16 basic health areas from October 2023 to October 2024. Non-concealed participant observation and a literature review were used to document the processes.

Results. Participation dynamics varied according to resources and commitment, which highlight the importance of community health agents, local governance and intersectoral collaboration. The flexibility over the implementation of policies was essential to tailor to specific contexts.

Conclusions. A conceptual redefinition, improved intersectoral coordination and institutional support are required for consolidation as a key strategy in primary care. This study stresses the importance of em-



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

powering the community and health agents to promote inclusive and sustainable spaces.

Keywords: *community health workers, community participation, intersectoral collaboration.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en la Comunidad Valenciana, la salud comunitaria y la participación en salud se sustentan en varias políticas públicas, incluyendo el V Plan de Salud 2022-2030¹, la Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunidad Valenciana 2023-2025² y el Decreto 47/2023 del Consell (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad, 2022, 2023)³.

Desde la publicación de estas políticas públicas, surge la necesidad de una Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y de convertir la AP en el eje vertebrador del sistema sanitario. Con la Estrategia de Salud Comunitaria, aparece la figura de «la/el referente de salud comunitaria» para el impulso de estos objetivos compartidos junto a «la/el referente de XarxaSalut» de Salud Pública.

La reforma de la AP en 1984 facilitó el desarrollo de numerosas competencias asistenciales propias de este nivel, pero la atención comunitaria ha sido limitada y suele depender, en gran medida, del compromiso voluntario de las/los profesionales. La falta de formación explica, en parte, esta situación⁴ incluso entre quienes elaboran las políticas públicas sanitarias, por lo que es necesario promover la transmisión y la divulgación de conocimientos relativos a la atención comunitaria entre profesionales de AP, Salud Pública (SP), ayuntamientos y comunidad.

Es fundamental tener presente que la APOC debe abordar los determinantes sociales de la salud (DSS) desde un enfoque intersectorial, fomentando la PCS, que ha demostrado ser efectiva en la reducción y la prevención de las desigualdades^{5,6}. Por tanto, se requiere la corresponsabilidad en la salud de toda la comunidad y de todos los sectores sociales que la conforman. Es importante, y una necesidad, insistir en la importancia de la PCS especialmente ahora que se perfila como un elemento de indiscutible relevancia para el futuro de la AP como eje vertebrador del sistema sanitario.

El objetivo es analizar la constitución de los espacios de participación (EP) en el Departamento de Salud AVL, la adaptación local de estas políticas públicas e identificar sus pilares y agentes claves.

MÉTODOS

Se empleó un enfoque cualitativo descriptivo y explicativo para abordar la complejidad de la PCS, integrando a las personas investigadoras mediante observación participante no encubierta en espacios de participación junto a profesionales de AP y SP, referentes de salud comunitaria del Departamento de Salud AVL y referentes de XarxaSalut del Centro de Salud Pública de Valencia. Esta técnica permitió identificar los significados atribuidos por pacientes, agentes sociosanitarios, asociaciones y comunidades, así como observar la implementación y adaptación de estrategias organizativas a los contextos locales.

El estudio se llevó a cabo entre octubre de 2023 y octubre de 2024 en las 16 zonas básicas de salud (ZBS) del Departamento AVL, abarcando 48 municipios. Se documentaron los procesos de planificación y funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona Básica (CSZB) y las Mesas Intersectoriales (MI).

El acceso al campo de estudio fue facilitado mediante comunicación previa con asociaciones locales, centros de salud, grupos de atención comunitaria y referentes municipales, que fueron informados sobre el marco normativo y las estrategias comunitarias. Además, la observación se complementó con una revisión bibliográfica que contextualizó los hallazgos en un marco teórico coherente. Esta incluyó referencias históricas y recientes basadas en cómo los y las expertas han abordado este tema a lo largo del tiempo (tabla 1).

Las observaciones y notas de campo se registraron hasta alcanzar la saturación de la información y fueron contrastadas colectivamente por el equipo investigador (tabla 2). Las personas participantes en los EP fueron informadas sobre los registros y las principales conclusiones, que se compartieron de manera sistemática a través de actas organizadas para facilitar el análisis y la validación de los contenidos.

RESULTADOS

Se constituyeron 10 CSZB y 4 MI; 2 MI habían sido constituidas con anterioridad a la pandemia de COVID-19 en el contexto de su adhesión a XarxaSalut. Se efectuaron un total de 25 observaciones no encubiertas, participando un total de 10 CSZB y 2 MI.

Se identificaron resistencias en algunos sectores implicados, lo que obligó a adoptar un diseño metodológico más flexible y pragmático para ajustarse a los contextos potencialmente conflictivos. En este sentido, el decreto fue entendido más como una hoja de ruta adaptable a cada contexto, donde

Tabla 1. Categorías de resultados tras la observación participante y revisión bibliográfica con la literatura

Categoría	Verbatim de la observación	Evidencia bibliográfica	Propuesta de acción
Definición y complejidad de la PCS	«La participación no es solo asistir a reuniones, es comprometerse con los problemas de la comunidad»	Troudi et al. ⁷ : La participación no es homogénea ni limitada a lo político Villarrol ⁸ : Participar implica involucrarse activamente en decisiones y políticas comunitarias	Establecer un enfoque inclusivo que integre a todas las personas en la toma de decisiones y en la ejecución de programas, asegurando una participación significativa
La comunidad como espacio de identidad	«Cada comunidad tiene su propia historia y valores; eso es lo que la hace única y fuerte»	Jariego ⁹ y Mazzola ¹⁰ : La comunidad genera pertenencia e identidad mediante relaciones sociales y culturales únicas	Respetar y potenciar las particularidades de cada comunidad al diseñar estrategias participativas reconociendo su papel como protagonista de su propia realidad
Gestión municipal como espacio clave	«El municipio debe ser el primer espacio para articular las necesidades de la comunidad»	Llorca et al. ¹¹ y la OMS: Las administraciones locales pueden facilitar la PCS mediante proyectos como Ciudades Saludables, promoviendo enfoques intersectoriales	Fortalecer la capacidad de gestión municipal para garantizar espacios de participación inclusivos y respaldados institucionalmente
AP y SP como facilitadoras	«El personal de salud debe ver a la comunidad como un aliado, no como simples pacientes»	Segura del Pozo ¹⁴ : Es crucial integrar la salud pública y la AP en la participación comunitaria para abordar los DSS	Capacitar a las personas profesionales de salud como facilitadoras, promoviendo modelos colaborativos e inclusivos en salud comunitaria
Diversidad de actores en la PCS	«Si todos hablamos un idioma diferente, la participación no puede funcionar bien»	La OMS ¹⁵ : Las personas interlocutoras sociosanitarias facilitan la comunicación entre actores y actoras Jariego (2001): La educación para la salud (EpS) promueve un lenguaje común y cohesión	Desarrollar programas de formación para personas interlocutoras sociosanitarias, promoviendo una visión compartida y facilitando la integración en iniciativas de participación «La falta de recursos y tiempo limita la participación, pero cuando las personas sienten que su voz importa, se involucran más»
Barreras y facilitadores de la PCS	Llorca et al. ¹¹ : Estrategia de Promoción de la Salud ¹² : Las barreras pueden mitigarse con apoyo institucional y entornos organizativos adecuados	Llorca et al. ¹¹ : Estrategia de Promoción de la Salud ¹² : Las barreras pueden mitigarse con apoyo institucional y entornos organizativos adecuados	Implementar estrategias que reduzcan barreras y motiven la participación a través de entornos inclusivos que valoren la contribución de todas las personas involucradas
Rol del agente comunitario de salud	«Necesitamos un líder que entienda a la comunidad y pueda unir a todos en torno a un objetivo común»	La OMS ¹⁵ : Las personas agentes comunitarias actúan como mediadoras clave entre el sistema sanitario y la comunidad, fomentando cohesión y cooperación	Capacitar a líderes y lideresas comunitarias como interlocutores sociosanitarios que actúen como puentes entre la comunidad y las autoridades, asegurando una participación efectiva
Evaluación de la PCS	«Evaluar la participación es difícil porque se basa en procesos y cambios a largo plazo»	Ministerio de Sanidad ¹⁶ : Las fases del ciclo comunitario aportan información clave. OPS ¹⁷ : La intersectorialidad es esencial para maximizar impacto y sostenibilidad	Implementar un sistema de evaluación que integre el ciclo comunitario y la intersectorialidad, utilizando herramientas cualitativas para medir impacto y cohesión

AP: Atención Primaria; DSS: determinantes sociales de la salud; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud; PCS: participación comunitaria en salud; SP: Salud Pública.

Tabla 2. Diario de campo para la observación participante

Notas de observación		
Fecha	Hora	Lugar
Observador/a:		
Objetivo de la observación:		
Características de la observación (explicitación de la observación, del propósito, etc.)		
Observación:		
Comentarios, incidencias:		
Barreras y facilitadores de la PCS		

los espacios de participación no seguían una estructura jerárquica, sino que se organizaban en forma de relaciones colaborativas, fomentando la decisión-acción conjunta (figuras 1 y 2).

El análisis del contenido destaca cuatro categorías de análisis clave en torno a la PCS, ofreciendo una visión multidimensional de los procesos y agentes involucrados.

- Definición y complejidad de la PCS.** La PCS es un concepto complejo y multidimensional, que no solo abarca la toma de decisiones políticas, sino también compromisos sociales que impactan en la vida cotidiana. Esta diversidad de interpretaciones se presenta como uno de los principales desafíos en la implementación de los EP. Según Troudi et al.⁷, la participación no es un concepto único ni exclusivamente político, lo que ha dado lugar a interpretaciones diversas y, en ocasiones, contradictorias. En línea con esta idea, un participante señaló: «La participación no es solo asistir a reuniones, es comprometerse con los problemas de la comunidad». Por su parte, Villarroel⁸ ofrece una perspectiva humanista al definir «participar» como «tomar parte» y «comprometerse con las decisiones que influyen en la vida de todos».
- Espacios y agentes determinantes en el impulso de la PCS:**

 - La comunidad como espacio de identidad y pertenencia. La comunidad no se define solo por límites geográficos, sino por relaciones basadas en historia y cultura compartida, lo que convierte a cada comunidad en un espacio único con características propias. Un participante comentó: «Cada comunidad tiene su

propia historia y valores». Según Maya Jariego⁹, la comunidad se define como las relaciones e interacciones afectivas basadas en un pasado común, más allá de los límites geográficos. Cada comunidad tiene una idiosincrasia, historia y cultura propias, lo que la convierte en protagonista de su propia realidad y refuerza su sentido de pertenencia. Mazzola¹⁰ refiere que la traducción del concepto dio lugar a dos expresiones: «comunidad» y «sociedad», que tienen diferentes significados, muchas veces contrarios y también, a veces, asimétricos: «La comunidad no es lo mismo que la sociedad, y mucho menos es nuestra comunidad idéntica a la sociedad en la que vivimos».

- Gobernanza local como factor clave de participación.** La administración local es clave para articular las necesidades de la comunidad y facilitar espacios participativos efectivos gracias a su cercanía y conocimiento directo de las necesidades locales. Como señaló un participante: «El municipio debe ser el primer espacio para articular las necesidades de la comunidad».

El proyecto Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ejemplifica cómo la administración local puede integrarse en la práctica real de la PCS¹¹. En España, la vinculación entre salud y municipio tiene un fuerte arraigo histórico en los esfuerzos sociales por mejorar la salud de la ciudadanía a través de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad¹². En la Comunidad Valenciana, la XarxaSalut y la Red Española de Ciudades Saludables, aplica los principios y métodos de la Promoción de la Salud con orientación comunitaria desde el nivel local¹³.

Figura 1. Constitución y composición del consejo de salud de zona básica

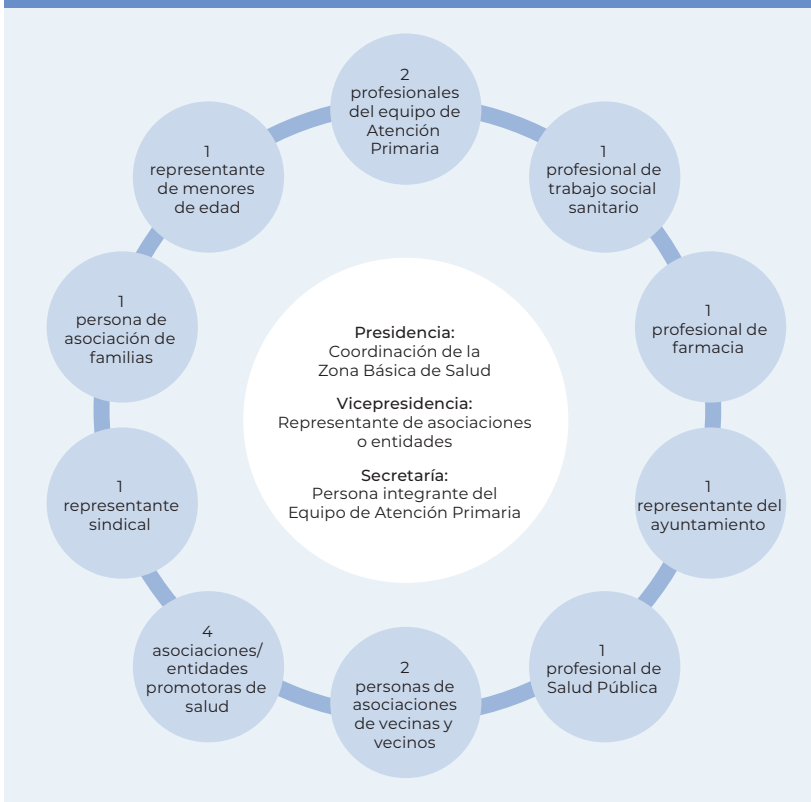


Figura 2. Constitución y composición de mesa intersectorial



Fuente: elaboración propia a partir del Decreto 47/2023³.

- AP y SP como facilitadoras del proceso participativo. Aunque la AP y la SP son clave en los procesos participativos, el modelo biomédico dominante limita su papel a una relación jerárquica que afecta la implementación de enfoques colaborativos. Un participante manifestó: «El personal de salud debe ver a la comunidad como una aliada, no como simples pacientes». La AP y la SP son partes del mismo sector sociosanitario¹⁴. En este contexto, la atención comunitaria se convierte en un elemento clave, y la PCS se establece como el punto de encuentro para trabajar de forma conjunta en un proceso social y político integral destinado a transformar los DSS.
- Agentes externos favorables para la PCS. Los actores involucrados en la PCS no tienen un origen único. Pueden surgir de organizaciones sociales y populares, partidos y agrupaciones políticas, así como de instancias gubernamentales y no gubernamentales. Estas entidades pueden, de manera deliberada o accidental, crear las condiciones propicias para la interacción participativa, dependiendo de la idiosincrasia de la comunidad donde se desarrolle la PCS. Esta diversidad exige un lenguaje común y procesos de integración para facilitar la cooperación entre todas las partes implicadas. Un testimonio señaló: «Si todos hablamos un idioma diferente, la participación no puede funcionar bien».
- Agente comunitario de salud como interlocutor/a sociosanitario en la coordinación. El interlocutor sociosanitario entendido como líder o agente comunitario de salud por la OMS¹⁵ actúa a nivel básico y en contacto directo y permanente con la comunidad, es una figura clave en la cohesión y movilización de los actores en los espacios de participación. Su liderazgo es fundamental para asegurar una coordinación efectiva y la integración de las iniciativas comunitarias. Según un participante: «Necesitamos un líder que entienda a la comunidad y pueda unir a todos en torno a un objetivo común».

- **Barreras y facilitadores de la participación comunitaria.** Las principales barreras incluyen la falta de tiempo y de recursos, formación insuficiente, dispersión geográfica y comunicación intersectorial limitada. No obstante, el sentido de pertenencia y la motivación facilitan la participación en entornos inclusivos. Como señaló una persona participante: «La falta de recursos y tiempo limita, pero cuando sienten que su voz importa, se involucran más». Según el estudio de Calvo Álvarez de Arkaia et al.¹⁶, los pilares clave para avanzar en la orientación comunitaria son: 1) fortalecer la formación en salud comunitaria;

2) integrar la actividad comunitaria en las agendas profesionales; y 3) priorizar y apoyar políticamente este enfoque en AP.

• **Evaluación de la participación comunitaria.**

Evaluar la participación comunitaria representa un desafío debido a su naturaleza principalmente cualitativa. Un participante destacó: «Evaluar la participación es difícil porque se basa en procesos y cambios a largo plazo».

Se observan dos áreas clave para la evaluación:

- **Ciclo de la acción comunitaria.** Evaluar el tránsito de la comunidad por las fases del ciclo de acción comunitaria es esencial¹⁷, ya que cada fase aporta información sobre su cohesión, organización y capacidad de respuesta ante desafíos de salud. La calidad de las actividades comunitarias depende de este proceso cíclico y continuo de la acción comunitaria, que fomenta la dinamización de las relaciones de colaboración entre los sectores y agentes clave.
- **Desarrollo de la intersectorialidad.** La evaluación de la colaboración intersectorial en la participación comunitaria debe ir más allá de lo académico, superando colaboraciones limitadas. Es necesario incluir distintas perspectivas para crear soluciones de amplio impacto, evitar duplicidades, integrar presupuestos para acciones prioritarias y coordinar recursos y talentos para mejorar la PCS y reducir desigualdades sociales¹⁸.

DISCUSIÓN

Este trabajo, aunque se centró en un único departamento de salud, reafirma que la PCS es un pilar esencial para fortalecer la orientación comunitaria en la AP. Sin embargo, identifica una brecha significativa entre la convocatoria a la participación y su implementación efectiva. Persisten barreras como la falta de tiempo, recursos limitados, escasa formación en salud comunitaria, la predominancia del modelo biomédico y la ausencia de un enfoque en los DSS en la formulación de políticas

públicas. Estos factores limitan considerablemente la efectividad de la PCS, lo que resalta la necesidad urgente de redefinirla como un proceso continuo de corresponsabilidad y colaboración intersectorial, adaptado a las realidades locales.

En este contexto, la comunidad debe entenderse como un espacio de relaciones interpersonales y de pertenencia, donde la historia, la cultura y los vínculos afectivos forjan una identidad colectiva, su propia «huella digital» que va más allá de una delimitación geográfica. Esto refuerza la importancia de diseñar estrategias que respeten y potencien la singularidad de cada comunidad.

El estudio potencia el reconocimiento del papel de la gobernanza local como catalizador de la PCS y del sector sanitario, como facilitador de las relaciones de colaboración. Además, destaca el rol crucial del agente comunitario de salud como puente entre el sistema sanitario y la comunidad. Para que la PCS sea efectiva, es esencial que no se entienda únicamente como un objetivo político, sino como un proceso transformador capaz de abordar los DSS y construir comunidades más saludables e inclusivas.

Lograr estos objetivos requiere incluir la PCS en la capacitación de profesionales de AP y SP, proporcionándoles herramientas prácticas y teóricas que les permitan el trabajo de facilitación y los cuidados comunitarios. También es imprescindible garantizar la sostenibilidad de la PCS mediante recursos adecuados y apoyo institucional, posicionándola como una estrategia central en la AP y atención comunitaria y en SP, con el fin de reducir desigualdades y promover la equidad en salud.

Finalmente, una evaluación adecuada del proceso de PCS es fundamental para optimizar futuras intervenciones y mejorar la calidad de las relaciones de colaboración en los espacios participativos. Este enfoque permitirá consolidar la PCS como una herramienta para los sistemas sociosanitarios, respondiendo de manera efectiva a las necesidades específicas de las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. V Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2022-2030 [Internet]. Valencia: Dirección General de Salud Pública y Adicciones; 2022 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/V_Plan_de_Salud_CAST.pdf
2. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad. Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunidad Valenciana 2023-2025. [Internet]. Valencia: Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2023 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/estrategia_de_salud_comunitaria_es
3. Generalitat Valenciana. Decreto 47/2023, de 31 de marzo, del Consell, de regulación de los consejos de salud básicos y otros espacios de participación en la Comunitat Valenciana. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana. [Internet]. Valencia: Presidencia de la Generalitat; 2023 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://dogv.gva.es/datos/2023/04/06/pdf/2023_3591.pdf
4. Rubio-Valera R, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. 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.
5. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitaria? Aten Primaria. 2005;35:478-83.
6. Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018.
7. Troudi H, Harnecker M, Bonilla L. Herramientas para la participación. [Internet]. Caracas: Centro Internacional Miranda; 2005 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.rebellion.org/docs/15385.pdf>
8. Villarroel E, Mariel. Los proyectos de participación comunitaria y su práctica social: manual de ejecución para estudiantes universitarios. 2.^a ed. Caracas: Los Autores; 2010. 150 p.
9. Maya Jariego I. Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. Apuntes De Psicología. [Internet]. 2004; 22(2):187-211. Disponible en: <https://doi.org/10.55414/ap.v22i2.50>
10. Mazzola I. Comunidad, sociedad: reflexiones desde la historia conceptual. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. [Internet]. 2011;29(1). Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_NOMA.2011.v29.n1.26793
11. Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. Gac Sanit. [Internet]. 2010; 24(6):471-3. [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600001
12. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2013 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>
13. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. XarxaSalut: Guía para la implementación de la estrategia de promoción de la salud y prevención en la Comunitat Valenciana [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2018 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/20181030_xarxa_salut_guia_1_cas.pdf
14. Segura Del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. Gac Sanit. 2021;35(2):107-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.07.004.
15. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. El agente de salud comunitario: guía de trabajo; pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guía [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 1987 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39532>
16. Calvo Álvarez de Arkaia A, Benedé Azagra CB, Gandarias Jaio M, Cardo Miota A, Hernán García M. ¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria. Gac Sanit. [Internet]. 2024; 38 (6):102403. doi:10.1016/j.gaceta.2024.102403. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/en-que-necesitamos-hacer-comunitaria-veinticinco-articulo-S0213911124000542>
17. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud: O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaAccionComunitaria.htm>
18. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud y la intersectorialidad. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado: 2 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>