

# ENTREVISTA

## Entrevista a Blanca Botello. Directora gerente de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Interview with Blanca Botello, Executive Director of the Andalusian School of Public Health

Mariano Hernán. Director de *Comunidad*

Javier Gállego Diéguez. Director de *Comunidad*



### Blanca Botello

es la directora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) desde agosto 2025, institución en la que fue investigadora al finalizar su formación mir como médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Allí también había realizado su maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Durante esa época, hace 15 años, estuvo en el Observatorio de Salud de Asturias y realizó algunas investigaciones sobre salud comunitaria, activos para la salud, internet y jóvenes, la cual fue su etapa profesional más académica. Después continuó estando vinculada a la docencia y la investigación. Además, se ha ocupado durante varios años de la dirección de la revista *Comunidad*.

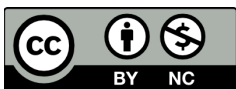
### ¿Consideras que siguen vigentes las cinco áreas de la promoción de la salud definidas en la carta de Ottawa?

La Carta de Ottawa sigue vigente, al igual que los prerrequisitos para la salud. Esas condiciones y requisitos descritos son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Creo que, en este mundo global, todos ellos están de plena ac-

tualidad. Otra discusión es preguntarse qué alcance han conseguido en las políticas de salud, qué camino queda por seguir y cómo esto se adapta a los retos actuales.

Hay un asunto que me interesa mucho resaltar y es que la propia configuración de la Carta expone las áreas y su interrelación de manera clara. La Carta del Bienestar de la última Conferencia Internacional de Promoción de Salud ([Carta del Bienestar de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud](#) [Ginebra, 2021]) incorpora un posicionamiento que hace una llamada a la acción a los gobiernos y organizaciones cívicas no gubernamentales e internacionales, y esto es un elemento positivo. Aunque echo en falta un modelo más aterrizado en las prioridades pendientes en la promoción de la salud, en una llamada concreta a los servicios de salud y a los profesionales que se dedican a esta función de salud pública. Es importante contar con estrategias que permitan llegar a lo táctico y operativo. Creo que debemos reflexionar, y lo mismo deliberar, qué papel tiene la salud pública en cada una de sus funciones y cómo se articula desde la promoción de la salud. Sobre todo tras la pandemia de la COVID-19, que nos puso de manifiesto los retos pendientes. La incorporación de los ámbitos de acción de la salud planetaria y la digitalización es todo un reflejo del mundo en el que vivimos.

Considero que fue todo un acierto que se incorporara en la Carta en 2021 y que se anticipaba al [informe de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\) de 2025](#) sobre determinantes sociales de la equidad en salud, donde entre los determinantes sociales de la salud incorpora como «megatendencia» el cambio climático y la digitalización. De hecho, la digitalización y la inteligencia artificial transforman los sistemas de salud, pudiendo mejorar el acceso y la calidad. Trabajar en la alfabetización digital y en lo que significa para la promoción de la salud puede ser muy importante. Y, ahí, los servicios de salud y otros organismos tienen mucho que trabajar y planificar.



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

**En ocasiones se reabre el debate sobre si la tarea de la medicina de Atención Primaria debe estar exclusivamente ligada a la atención clínica o es necesaria una mirada desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En un magnífico editorial de Sara Calderón en Comunidad se aborda parte del asunto. ¿Cómo ves tú ese debate y cómo crees que se puede avanzar hacia una atención integrada que facilite la continuidad de los cuidados en la comunidad? ¿Cómo puede ser la colaboración entre los servicios profesionales y los recursos y activos para la salud comunitarios?**

Parece que los debates sobre si la atención debe ser exclusivamente clínica o si se ha de llevar la mirada hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad nos pueden llevar a establecer silos de atención. Yo comenzaría por reflexionar sobre la cartera de servicios comunes de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud en España. Si existe, es porque se garantiza su desarrollo. Aparecen las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. Podemos pensar cómo se configuran en cada uno de nuestros territorios y cómo se puede avanzar según la fuerza de nuestros profesionales en los centros y fuera de ellos, pensando en qué pueden aportar cada uno desde su práctica diaria. Hay circunstancias o ejemplos con los que no tenemos dudas, como las visitas a los domicilios por médicas, médicos y enfermeras y enfermeros, ya que es una necesidad para la continuidad de cuidados. Y también tenemos muy claro que hay que poder garantizar la longitudinalidad porque sabemos que mejora la atención y los resultados en salud. En el caso de la atención comunitaria, según la cartera de servicios requiere: el conjunto de actuaciones con la participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos. Creo que ahí está la clave, en cómo se articula la salud comunitaria en nuestros territorios y el desarrollo de las estrategias de salud comunitaria, junto a su evaluación, como recoge el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. En el caso de Andalucía, a finales de 2025 fue aprobada por el Consejo de Gobierno la [Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía](#).

Quizá favorecer la equidad y los determinantes sociales de la salud en la orientación de la Atención Primaria puede conseguirse mejorando el conocimiento, la investigación y la formación de grado, posgrado, de las especialidades y de la formación continuada que incluya también a los equipos directivos de los centros. Probablemente,

desembocará en cambios de actitudes y de organización.

---

«Favorecer la equidad y los determinantes sociales de la salud en la orientación de la Atención Primaria puede conseguirse mejorando el conocimiento, la investigación y la formación de grado, posgrado, de las especialidades y de la formación continuada que incluya también a los equipos directivos de los centros. Probablemente desembocará en cambios de actitudes y de organización».

---

**En el encuentro del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) que celebraremos el 16 y 17 de abril en Pontevedra, vamos a reflexionar sobre los entornos saludables, y nos gustaría conocer tu visión sobre cómo lograr un trabajo en red y alianzas de los servicios públicos (educación, servicios sociales, sanidad, etc.) en los pequeños entornos donde trabajan los equipos de Atención Primaria y cómo compaginar el codiseño a nivel local y de pequeños entornos con el despliegue de políticas públicas de salud.**

Pasa por tener espacios y objetivos comunes claramente identificados, los planes de acción local en salud son «la excusa perfecta». Para ello, los equipos de Atención Primaria deben tener formación que incluya también habilidades y garantía de tiempos para la agenda comunitaria. El trabajo en red requiere espacios de encuentro, metodologías ágiles, personas con liderazgo y capacidad de interconectar a unos y a otros. La confluencia de una organización que garantice espacios de encuentro con objetivos comunes de los distintos servicios y la ciudadanía es clave. En los entornos pequeños, los diagnósticos de salud que identifican necesidades y los activos para la salud hacen que los enfoques puedan unirse. Creo que la estrategia comunitaria que llegue a aterrizar en los territorios y que se nutra de lo que mueve a la comunidad puede ser una respuesta. Para ello, son indispensables los espacios, la formación y la evaluación.

---

«El trabajo en red requiere espacios de encuentro, metodologías ágiles, personas con liderazgo y capacidad de interconectar a unos y a otros».

---

**Lo anterior nos lleva a pensar en la importancia de la participación ciudadana y comunitaria.**

**¿Cómo promover una participación significativa de las y los pacientes y de la ciudadanía en el cuidado de su salud y avanzar en la gobernanza? ¿Y cómo se puede promover asimismo una atención comunitaria basada en activos para la salud?**

La participación, en términos generales, ¿dónde se localiza hoy en día? Pedimos a los pacientes y ciudadanos que formen parte de estructuras de gobernanza para el cuidado y la mejora de su salud, pero ¿dónde localizamos nuestra participación como ciudadanos y ciudadanas sin ligarlo a nuestras actividades profesionales? ¿Desarrollamos acciones personales que podemos transformar en algo más grande con otros? Las estructuras formales como los consejos de salud de zona están garantizados, pero la promoción de estos espacios va de la mano con poder conseguir objetivos comunes y que los pacientes y la ciudadanía sean parte de todo ello desde el principio. Por otro lado, es importante conocer las redes que ya existen en los territorios para evitar duplicidades.

Una atención comunitaria basada en activos para la salud pasa por un proceso conjunto en el que las personas identifiquen por qué es un activo para ellas y por qué lo es para el resto de su vecindario, y que se marquen caminos unidos. No tengo recetas. El trabajo en red y las alianzas necesitan espacios comunes con un desarrollo de conocimientos y capacidades que lleve a hojas de ruta para mejorar la salud de la población.

«Una atención comunitaria basada en activos para la salud pasa por un proceso conjunto en el que las personas identifiquen por qué es un activo para ellas y por qué lo es para el resto de su vecindario, y que se marquen caminos unidos».

**El modelo de Atención Primaria de Salud consolidado en la Declaración de Astana implica avanzar en sistemas de colaboración entre la salud pública y la Atención Primaria. ¿Cómo se puede avanzar para un trabajo colaborativo entre la salud pública y la Atención Primaria de Salud? Especialmente en lo que tiene que ver con integrar la perspectiva comunitaria y poblacional en la práctica clínica.**

El trabajo colaborativo comienza desde la formación. Por ejemplo, los profesionales de Atención Primaria y los de la salud pública y los especialistas de medicina preventiva y salud pública deben

convivir en parte de su formación. (Esto es evidente en otros casos; por ejemplo, no se entiende que en la formación especializada la microbiología no se hable con la medicina interna).

El campo de promoción de la salud es un ejemplo de convergencia, el sistema sanitario puede ser capaz de unir la Atención Primaria, la salud pública y la ciudadanía. La administración tiene un papel importante en el desarrollo de la cartera de servicios que pueda unir ambos modelos, que son complementarios. En la salud pública, contamos con profesionales que dedican todo su tiempo a este ámbito, con otros profesionales, como los de Atención Primaria, que hacen algunas funciones, pero dedican parcialmente su tiempo a ellas, y con otros que están alineados con el desarrollo de esas funciones, como ocurre en el tercer sector.

«Las propuestas para el trabajo colaborativo entre atención primaria y salud pública se engloban en relación con la información, el encuentro y la acción».

Por otro lado, la salud comunitaria es otro punto de encuentro entre salud pública y Atención Primaria. Hace unos años escribí el capítulo de un libro junto a Javier Segura y Marta Sastre en el que dábamos propuestas para un desarrollo efectivo de la salud comunitaria con esta mirada de trabajo complementario. Dichas propuestas se engloban en la información (integrar y compartir la información de manera efectiva sobre salud pública y Atención Primaria y establecer estrategias de comunicación comunes sobre la situación de salud), el encuentro (generar espacios de trabajo entre ambos sectores y agentes implicados y adaptar la información con la participación directa de la ciudadanía) y la acción (coordinar las actuaciones, utilizar metodologías fáciles de evaluar, de calidad y flexibles, y replantear la dedicación activa de los profesionales de ambos sectores a la salud comunitaria).

**Demos un salto a otra de las materias que te tocan ahora desde la EASP, la Investigación en salud comunitaria.**

**¿Cómo mejorar la evaluación y la investigación en salud comunitaria? ¿Cómo crear condiciones para que los profesionales puedan compatibilizar la investigación con la práctica asistencial?**

En Andalucía, el pasado 27 de enero se publicó un orden por la que se crea la categoría de facultativo/a especialista clínico/a investigador/a en los

centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud en los Distritos de Atención Primaria. Se añade como puesto básico en las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y de Pediatría ([Orden de 27 de enero de 2026, por la que se crea la categoría de Facultativo/a Especialista Clínico/a Investigador/a en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud](#)). Asimismo, por la [Orden de 10 de febrero de 2026](#), se crea la categoría de Enfermero/a Clínico/a Investigador/a y la categoría de Enfermero/a Especialista Clínico/a Investigador/a en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Esta nueva figura representa una oportunidad para la investigación en Atención Primaria. Esto va a ayudar a crear condiciones. Creo que puede ser el germen para introducir la investigación en el campo de la salud comunitaria. Es necesario para poder establecer intervenciones comunitarias eficaces que unan el conocimiento de salud pública y de Atención Primaria. Creo que la prioridad de la investigación pasa por el diseño y evaluación de intervenciones con la mirada al proceso y los resultados en salud.

**Respecto a la formación y desarrollo profesional relacionado con la salud comunitaria. ¿Cuáles son las principales competencias? ¿Cómo la salud pública (y la EASP) puede colaborar para definir y consolidar los itinerarios de formación?**

«El modelo de formación debería centrarse en una serie de habilidades transversales ligadas con el liderazgo, la comunicación y la abogacía, y también con el desarrollo de metodologías participativas».

El modelo debería centrarse en una serie de habilidades transversales ligadas con el liderazgo, la comunicación y la abogacía, y también con el desarrollo de metodologías participativas. La salud pública puede aportar método y lo intrínseco a su definición, el esfuerzo organizado de la sociedad. La EASP tiene método, músculo con su trayectoria en formación en salud comunitaria, y contamos con el máster propio en Promoción de Salud y Salud Comunitaria. Todo ello puede ayudar a conformar un itinerario adecuado. Lograr una docencia más innovadora pasa por establecer metodologías docentes que hagan despertar la reflexión y el diálogo conjunto. El trabajo debe establecerse con orden y método, conjuntamente con lo que hacen otros.

**Otro asunto muy importante es la publicación científica en salud comunitaria. Tu iniciaste la indexación y el reconocimiento científico de la**

**revista *Comunidad*, que es de acceso abierto para las autoras y los autores como para las lectoras y los lectores. ¿Cuáles crees son los retos actuales para promover la gestión y la difusión del conocimiento científico en la salud comunitaria?**

Bueno aquí es importante agradecer el trabajo de todas las personas que conformáis el Comité Editorial de la revista *Comunidad*, y especialmente a vosotros dos, Mariano Hernán y Javier Gallego, como directores de la revista. El proceso editorial es arduo y necesita de horas de esfuerzo para poder publicar cada uno de los números. Al igual que imbuirse en los procesos de indexación. También quiero dar las gracias a Luis Andrés López Fernández, Cristina Rodríguez Caldero y Asensio López Santiago, que me antecedieron en la dirección de la revista, porque sembraron el germen de la indexación para que yo pudiera seguir trabajando para conseguirlo.

«Lograr una docencia más innovadora pasa por establecer metodologías docentes que hagan despertar la reflexión y el diálogo conjunto».

Los retos que identifico: la desconexión entre publicaciones y la comunidad (la evidencia científica que se publica en las revistas no llega a la práctica diaria de los centros), la falta de priorización de las publicaciones (el tipo de publicaciones puede priorizarse a artículos originales y no mostrar interés por guías de práctica, repositorios de buenas prácticas o herramientas básicas para las acciones comunitarias), la necesidad de traducir el conocimiento científico en salud comunitaria a la comunidad (traducir sin llegar a perder el rigor), la falta de un «espacio» que aúne de forma fiable lo que se genera (obtener fuentes fiables que sean identificables en este mundo de la inteligencia artificial), la sostenibilidad de las iniciativas en investigación (identificar elementos para que se equipare a otras disciplinas) y la necesidad de incorporar con una participación efectiva de la ciudadanía en la gestión del conocimiento (incorporar modelos de ciencia abierta en el campo de la salud comunitaria).

**Hablemos sobre tus planes para la EASP que viene.**

La EASP que viene apuesta por la formación, con especial atención a las tendencias emergentes y los retos globales de salud pública. Quiere apostar por líneas estratégicas que incorporen elementos innovadores en la docencia, sobre todo con el reto de la inteligencia artificial en salud. Recientemente, hemos tenido la renovación de la designación

de la EASP como Centro Colaborador de la OMS en Atención Primaria de Salud para el período 2025-2029. Este hito hace que la participación activa en redes de conocimiento refuerce nuestra presencia y liderazgo en el escenario internacional.

Quiero fortalecer las redes de colaboración para que la EASP pueda seguir consolidando su papel como referente en generación de conocimiento aplicado a políticas de salud pública.

Además, la característica que tenemos desde el inicio de formación, consultoría e investigación aporta evidencia, metodologías y herramientas útiles para los sistemas de salud. En este sentido, vamos a seguir reflexionando un poco más sobre el lugar hacia el que queremos ir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Carta de Ginebra para el bienestar [Internet]. 2021. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/aaff\\_health\\_is\\_everywhere\\_geneva\\_charter\\_well-being\\_es.pdf?sfvrsn=f55dec7\\_21&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/aaff_health_is_everywhere_geneva_charter_well-being_es.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true)
2. Calderón-Larrañaga S. Comunidad - semFYC [Internet]. Semfyc.es. 2025. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/article/de-la-teoria-a-la-practica-limites-y-potencial-de-la-prescripcion-social-en-la-prevencion-de-enfermedades>
3. Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias Servicio Andaluz de Salud [Internet]. 2026. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2026-03/Estrategia%20de%20Salud%20Comunitaria%20de%20Andalucia%202026-2030-ESCA.pdf>
4. Global Conference on Primary Health Care. Declaración de Astaná [Internet]. 2018 Oct. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
5. Junta de Andalucía. Orden de 27 de enero de 2026, por la que se crea la categoría de Facultativo/a Especialista Clínico/a Investigador/a en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2026. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2026/35/23>