



Cómo avanzar en la orientación comunitaria en Atención Primaria: de la acción puntual al proceso de acción comunitaria

How to advance in community orientation in Primary Care: from isolated action to community action process

AUTORES

(1,6) Montserrat Niclos-Esteve

(2,4,6) Ana Ocaña Ortiz

(3,6) Ana Egea-Ronda

(4,5,6) Joan J. Paredes-Carbonell

FILIACIONES

(1) Departament de salut de La Ribera, Fundació Fisabio, ALZIRA (VALENCIA). ESPAÑA.

(2) Direcció de Atenció Primària de Gandia. GANDIA (VALENCIA). ESPAÑA.

(3) Subdirecció General de promoció de la salut i prevenció, Direcció General de Salut Pública de València. VALENCIA. ESPAÑA.

(4) Grupo de investigación Acción Local y Equidad en Salud (ALES), Fundación FISABIO. Generalitat Valenciana. VALENCIA. ESPAÑA.

(5) Centre de Salut Pública Alzira. ALZIRA (VALENCIA). ESPAÑA.

(6) Grupo PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de la Comunitat Valenciana, Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SoVaMFIC). VALENCIA. ESPAÑA.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

Se desarrolla un modelo de clasificación de las actividades grupales y comunitarias realizadas desde Atención Primaria y utilizado en la *Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana*. El modelo se enmarca en los tres niveles de orientación comunitaria, parte de la conceptualización previa de qué es una actividad comunitaria según los ejes de temporalidad, intersectorialidad y participación, y se representa mediante una escalera. En el primer escalón se ubica la atención individual con orientación comunitaria, el segundo escalón se subdivide en: subnivel 2- (representando la acción grupal puntual); subnivel 2 (en donde la acción tiene continuidad y se considera de *educación para la salud grupal con enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud*); y subnivel 2+ (donde además se incorpora la intersectorialidad y la participación de la población). En el tercer escalón se sitúa la acción comunitaria. El modelo incluye recomendaciones de cómo avanzar desde cada nivel.

PALABRAS CLAVE // Salud comunitaria; Educación para la Salud; Determinantes sociales de la salud; Promoción de la salud; Atención Primaria de salud.

ABSTRACT

A classification model of group and community activities carried out from Primary Care and used in the *Community Health Strategy of the Valencian Community* is developed. The model is framed within three levels of community orientation, based on the prior conceptualization of what a community activity is according to the axes of temporality, intersectorality, and participation, and it is represented by a staircase. At the first step, individual care with a community orientation is located; the second step is subdivided: sublevel 2- (represents punctual group action); sublevel 2 (where the action has continuity and is considered *group health education with an equity approach and social determinants of health*); and sublevel 2+ (where intersectorality and engagement community are also incorporated). At the third step is where community action is situated. The model includes recommendations on how to progress from each level.

KEYWORDS // Community health; Health education; Social determinants of health; Health promotion; Primary Health care.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a todas las personas que nos han aportado sus experiencias en actividades grupales y comunitarias y a todo el proceso de reflexiones colectivas que han facilitado la elaboración de esta clasificación y su aplicabilidad en la práctica diaria.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todas las personas firmantes han participado en la elaboración del manuscrito.

FINANCIACIÓN

No hubo.

CORRESPONDENCIA

Montserrat Niclos Esteve

montseniclos@gmail.com

C/ La Pau, s/n. CP 46600. Alzira (Valencia). España.

CITA SUGERIDA

Niclos-Esteve M, Ocaña Ortiz A, Egea-Ronda A, Paredes-Carbonell JJ. Cómo avanzar en la orientación comunitaria en Atención Primaria: de la acción puntual al proceso de acción comunitaria. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 9 de julio e202507038.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la elaboración de la *Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana* (ESCCV) ⁽¹⁾, y teniendo en cuenta los tres niveles de orientación comunitaria ⁽²⁾, se llevó a cabo un análisis de situación para identificar qué actividades realizaban los centros de salud que no tuvieran carácter individual. Este análisis mostró que el 57% de los centros sí que realizaban algún tipo de actividad. De estas, un 47% se correspondía con actividades grupales de educación para la salud desarrolladas por matronas y dirigidas al embarazo, parto y puerperio (talleres de lactancia y de masaje infantil), y un 28% eran actividades relacionadas con la actividad física, la salud sexual, los hábitos saludables y el bienestar emocional. Un escaso 1% de los centros de salud estaban implicados en lo que podríamos considerar procesos de acción comunitaria vinculados al ámbito local ^(1,6).

Desde el grupo coordinador de la ESCCV surgió la necesidad de clasificar todas estas actividades y vincularlas a la orientación comunitaria que se pretendía conseguir con la formulación de objetivos y acciones de la ESCCV. El objetivo de esta nota fue describir el modelo de clasificación de las acciones grupales y comunitarias, así como su reorientación comunitaria desde Atención Primaria de salud.

EXPOSICIÓN DEL MODELO: CLASIFICACIÓN

Partiendo de lo que estudios previos definen como una actividad comunitaria ^(3,4), identificamos tres dimensiones clave para la clasificación:

- Temporalidad: carácter puntual o continuado (en forma de proyecto o programa) de la acción que se lleva a cabo por un equipo de Atención Primaria (EAP).
- Intersectorialidad: según la acción se realice únicamente por el sector sanitario (la unisectorialidad puede incluir a profesionales de Atención Primaria y de salud pública), o bien se realice de forma intersectorial si participan dos o más sectores, incluyendo al sanitario.
- Participación de la población: abarcando desde la mera asistencia a las actividades, a su implicación en la toma de decisiones y en las acciones a realizar (codiseño, implementación y evaluación) ⁽⁵⁾.

Colocando estas tres dimensiones en los ejes X (sectorialidad), Y (temporalidad) y Z (participación), obtendremos una figura [**ANEXO I**] en la que se visualiza que, en un sentido ideal, aquellas acciones grupales y colectivas con orientación comunitaria se colocarían

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

en el cuadrante superior derecho (viéndose desde la posición de la persona lectora), ya que contarían con niveles aceptables de continuidad, intersectorialidad e implicación de la población.

EXPOSICIÓN DEL MODELO: ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Para completar el modelo, en una segunda etapa y con el objetivo de favorecer que los EAP se orienten hacia el trabajo comunitario, se situaron los tres niveles o escenarios de la orientación comunitaria (2) en una escalera [FIGURA 1], que se inicia en la atención individual, con la orientación comunitaria como primer escalón.

El segundo escalón se divide en tres subniveles: subnivel 2-, representando la acción grupal puntual; subnivel 2, en donde la acción tiene continuidad (adquiere consistencia de pro-

yecto o programa) y además se puede considerar como de *educación para la salud grupal con enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud*; y un tercer subnivel 2+, representado por aquellos proyectos o programas de educación para la salud que, además del enfoque de equidad y determinantes sociales, incorporan las dimensiones de intersectorialidad y de implicación directa y activa de la población. Finalmente, en el tercer nivel se sitúa el proceso de acción comunitaria propiamente dicho (6).

Además, en esta figura se presentan ejemplos concretos de cada nivel para facilitar la comprensión del modelo y se aportan recomendaciones para permitir el avance y el paso de un escalón a otro [ANEXO II].

Así pues, observando la FIGURA 1, vemos que en el subnivel 2+ se situa-

Figura 1
Clasificación de las actividades en función de su orientación comunitaria.



Fuente: Adaptación del proyecto frAC March et al. (2014)

ría la *frontera* entre una acción de educación para la salud (nivel 2) y un proceso de acción comunitaria (nivel 3). Potenciar este tipo de acciones de nivel 2 y 2+ es estratégico para favorecer la orientación comunitaria de los EAP y avanzar hacia procesos más complejos de acción comunitaria.

APLICACIÓN PRÁCTICA Y CONCLUSIONES

¿Qué aporta este modelo?

- Comprensión de los tres niveles de orientación comunitaria **(2)** y su interrelación e influencia mutua.
- Permite la reflexión y análisis crítico de las acciones que se realizan para que contemplen la triple acción transformadora que se atribuye a la acción comunitaria: reforzar vínculos, potenciar las capacidades y mejorar las condiciones de vida **(6)**.
- Favorece, a diferencia de otros modelos **(3)**, una clasificación inclusiva de todas las acciones en el modelo, ya que hasta la acción puntual puede tener valor como puerta de entrada hacia la orientación comunitaria.
- Facilita que los equipos trabajen de forma distinta, con orientación comunitaria, con otros agentes y sectores, y con la participación de la población.
- Motivación para avanzar y pasar de un escalón a otro; es un modelo dinámico y es posible introducir cambios a partir de recomendaciones concretas.

Con este modelo se pone de manifiesto la importancia de la relación entre los tres niveles de orientación comunitaria, tal y como proponen Cubillo *et al.* **(7)** y la centralidad de las acciones de educación para la salud grupal que, en ocasiones, se tienden a minusvalorar y, sin embargo, pueden actuar como una auténtica palanca de cambio para la reorientación comunitaria de un EAP.

Este modelo permite una mejor comprensión de los tres niveles de orientación comunitaria propuestos e incide en cómo avanzar de un escalón a otro, siendo una herramienta eficaz para la formación de los profesionales de la salud en la Comunidad Valenciana **(1)**.

Resulta esencial que las/los profesionales de Atención Primaria dispongan de materiales y formación **(8)** que les permita desarrollar la cartera de servicios de atención grupal y comunitaria, que incorpore así la perspectiva de determinantes sociales de la salud y de equidad para abordar aquellos temas que se prioricen según el contexto. Cabe señalar que toda acción debe partir de una identificación de las necesidades de la comunidad de forma participativa.

Finalmente, y para impulsar estas palancas de cambio, es necesario definir los posibles liderazgos y coliderazgos en cada uno de los escalones propuestos (asumiendo la flexibilidad y la variabilidad del contexto). Para que haya movimiento y transformación tienen que existir fuerzas que los provoquen, definir quién o quiénes actúan

como motor y/o tractor, y desde dónde (zona básica de salud, barrio o municipio). Así pues, según nuestra propuesta:

- El EAP podría liderar los escalones 2 y 2+, y la estructura de Salud Pública debe proporcionar apoyo al paso de 2 a 2+.
- En el caso del escalón 2+, otros agentes clave representando a diferentes sectores, activos, grupos o asociaciones pueden coliderar la acción junto con el EAP.
- En el escalón 3, el ayuntamiento o la mancomunidad asume el liderazgo del proceso comunitario, con el respaldo de Salud Pública, que impulsa y coordina las redes locales de promoción de la salud (como XarxaSalut en la Comunitat Valenciana) con la participación activa de cada red local y del equipo de Atención Primaria.

En el nivel tres, los espacios de participación, en forma de Consejo básico de salud o Mesa intersectorial de participación **(9)**, asumen el liderazgo colectivo más allá de quién inicie el proceso de acción comunitaria, y han de convertirse en espacios de interacción de los tres niveles. Se debe tener en cuenta que el centro de salud *no es el único centro de salud*, y que existen procesos de acción comunitaria más allá del sector sanitario y de lo institucional **(10)**. 

BIBLIOGRAFÍA

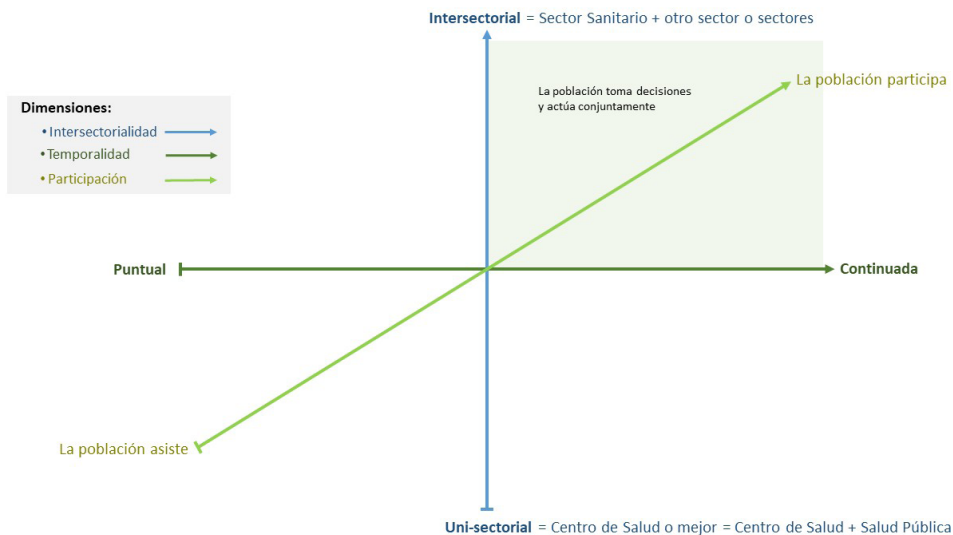
1. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana 2023-2025*. https://www.san.gva.es/documentos/d/assistencia-sanitaria/estrategia_de_salud_comunitaria_es
2. Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. *Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria*. Gaceta Sanitaria. 37 (2023). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102254>
3. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto Lázaro, Ramos María. *¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: proyecto frAC*. Gac Sanit. 2014; 28(4): 267-273. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000400002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.009>
4. Segura del Pozo J. *Individual, grupal y comunitario: revisando un esquema de la Salud Comunitaria*. Comunidad. 2019; 21(3):1. Disponible en: <https://comunidad.semfyces/wp-content/uploads/Comunidad-21-3-1.pdf>
5. Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ, Lopez Ruiz V et al. *Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018*. Gac Sanit. 2018. 32(S1):41-47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008>
6. Ministerio de Sanidad. *Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. Madrid, 2021.
7. García-Blanco D, Cubillo-Llanes J. *Orientación comunitaria en los equipos de atención primaria*. Atención Primaria Práctica. 2023. Vol 5, 100165. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100165>
8. Calvo Álvarez de Arkaia A, Benedé Azagra CB, Gandarias Jaia M, Cardo Miota A, Hernán García M. *¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria*. Gac Sanit. 2024. 38 (102403). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102403>

9. DECRETO 47/2023, de 31 de marzo, del Consell, de regulació de los consejos de salud básicos y otros espacios de participación en la Comunitat Valenciana. [2023/3591].

10. Benlloch LI, López M, Ariza A, Fioravanti H. *Les pràctiques del comú en l'àmbit de la salut. Aproximació al marc teòric i proposta*. Valencia: La Dula Coop. V/ Regidoria de Participació Veïnal i Acció social de l'Ajuntament de València Regidoria de Participació Veïnal i Acció social de l'Ajuntament de València; 2023.

Anexo I

Dimensiones para clasificar las acciones grupales y/o comunitarias.



Anexo II

Recomendaciones concretas para avanzar de un escalón a otro.

Cómo organizar las actividades grupales y/o comunitarias en los diferentes niveles de atención comunitaria, teniendo en cuenta las tres dimensiones de clasificación propuestas:

Temporalidad: ¿Cómo pasamos de una actividad puntual a una programada? Que las actividades pertenezcan a proyectos o programas facilita su diseño, planificación, programación y evaluación de los mismos, favoreciendo conocer el impacto de las actividades.

Participación: ¿En qué grado se involucra la población? La participación comunitaria mejora la salud y el bienestar y reduce las desigualdades sociales. En la orientación comunitaria, se considera que la comunidad participa cuando se producen decisiones-acciones conjuntas y hay implicación activa en el proyecto (tanto en la coordinación como en su diseño, implementación y evaluación). Disponemos de herramientas que permiten la evaluación de la participación en los programas y/o proyectos de promoción de la salud (ej: <https://evaluagps.com/ca/evaluagps-ca/>).

Intersectorialidad: ¿Cuántos sectores, además del sanitario, están implicados en la actividad? La acción intersectorial es una de las estrategias de acción clave para la promoción de la salud, dado que la acción coordinada desde diferentes sectores para lograr resultados en salud es más eficaz, eficiente y sostenible que la que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

¿Cómo transitamos de un nivel a otro y de menor a mayor orientación comunitaria?

Actividad grupal puntual (subnivel 2-)

¿Cómo transformar esta actividad según los ejes de orientación comunitaria?

1. Temporalidad: ¿cómo transformar una actividad puntual en un programa o proyecto?

Programa o Proyecto de Educación para la Salud Grupal (subnivel 2)

¿Cómo transformar esta actividad según los ejes de orientación comunitaria?

2. Intersectorialidad: ¿cómo transformar este proyecto o programa únicamente sanitario en otro en el que se involucren otros sectores?

3. Participación: ¿cómo transformamos el proyecto o programa para que se involucren las personas destinatarias pasando a ser de “destinatarias” a “participantes”?

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo II (continuación)

Recomendaciones concretas para avanzar de un escalón a otro.

Programa o Proyecto Intersectorial de Base Comunitaria (subnivel 2+)

¿Cómo desde este proyecto o programa se puede trasladar la participación comunitaria y los sectores involucrados a desarrollar o involucrarse en una acción comunitaria?

Proceso de Acción comunitaria (nivel 3)

¿Cómo participa el EAP en los procesos o acciones comunitarias? En la acción comunitaria se busca mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos sin dejar a nadie atrás y promover la capacidad de acción individual y colectiva de la comunidad. Lo que hace que hablemos de acción comunitaria es el hecho de que estas acciones promuevan relaciones que favorezcan que las personas tengan más capacidad de acción y que su objetivo sea lograr algún tipo de cambio o de transformación social que incida positivamente en sus condiciones de vida y convivencia. Los espacios de participación, como las mesas intersectoriales o los consejos de salud, pueden facilitar el desarrollo de acciones comunitarias. Los EAP pueden participar como un sector más de los procesos, dinamizando los espacios o liderando las acciones.

EJEMPLO PRÁCTICO: ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad grupal puntual

Charla puntual de la enfermera en una asociación de personas jubiladas sobre fragilidad y envejecimiento saludable.

Programa o Proyecto de Educación para la Salud Grupal

Dado el interés de las mujeres de la asociación y la necesidad detectada por la enfermera de promover la actividad física en las personas mayores, desarrolla un programa de 2 caminatas semanales de 90 minutos, denominado CAMINA, con las siguientes características:

- Recomendado por el EAP.
- La enfermera realiza una valoración previa a las personas participantes (autopercepción en salud, estado físico, bienestar emocional-diferentes escalas).
- Se programa de octubre a junio, 2 días a la semana.
- Cada día sale la enfermera a caminar y registra las personas participantes.
- Se realiza educación para la salud grupal en las caminatas en temas diversos.
- Se evalúa en junio: impacto de la actividad (valoración post-mismas escalas que inicio, grupo focal).

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE



Anexo II (continuación)

Recomendaciones concretas para avanzar de un escalón a otro.

Programa o Proyecto Intersectorial de Base Comunitaria

A lo largo del desarrollo del programa, se identifican nuevas necesidades:

- Poder recomendar la asistencia al programa desde otros sectores locales: servicios sociales, igualdad, asociaciones, salud mental...
- No se puede mantener el acompañamiento semanal de la enfermera (sostenibilidad), se amplía al EAP (medicina, enfermería, fisioterapia, matrona, TCAE...).
- Solo acuden mujeres al CAMINA.

Se rediseña el programa a un proyecto intersectorial y establecen acciones para satisfacer las necesidades detectadas:

- Se contacta con el ayuntamiento, asociaciones (ej. Club de natación, asociación excursionista), entidades (ej. Centro deportivo municipal) y otros equipamientos locales para conformar el grupo promotor CAMINA, al que también se incluye a las propias personas participantes en el programa, e implementa las siguientes mejoras en el programa:
 - » Derivación al programa desde sus dispositivos.
 - » Un/a técnico/a municipal dirige un día de la semana las caminatas (1 día monitora-1 día EAP).
 - » El centro educativo realiza una actividad los primeros días de cada mes: salida conjunta de abuelos con nietos/as, para estimular la asistencia de hombres mayores al grupo.
 - » Se solicita una subvención para camisetas, mantener al/la monitora, señalizar las rutas, colocar bancos y un aseo.
 - » Difusión de la actividad y encuentros con otros grupos CAMINA.
 - » Evaluación de proceso y resultados: reuniones evaluativas de grupo intersectorial y evaluación de impacto.

Acción comunitaria

Las personas participantes en el CAMINA y parte del grupo motor se integran en la mesa de salud local.

Se crea el subgrupo de personas mayores, con voz y toma de decisiones propia.

Se emprenden acciones de mejora del entorno orientadas a las personas mayores (accesibilidad, iluminación, tráfico y aparcamiento, señalización).