

Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010

María Isabel Pasarín^{a,b,*}, Carme Forcada^{b,c}, Isabel Montaner^{b,c}, Josep Lluís De Peray^{b,d} y Jaime Gofín^{b,e}

^a Agencia de Salud Pública de Barcelona, España

^b Grupo APOC de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), Barcelona, España

^c Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^d Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^e College of Public Health, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Estados Unidos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de marzo de 2010

Aceptado el 3 de junio de 2010

On-line el 10 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Salud pública

Salud comunitaria

RESUMEN

La atención primaria y la salud pública han tenido trayectorias paralelas, con escasos puntos de encuentro y coordinación en lo que se refiere a la acción comunitaria para la mejora de la salud de la población.

Considerando la salud comunitaria como «la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico», y la intervención en salud comunitaria como la acción en el nivel local para lograr su mejora, la AP y la SP son actores clave del entorno sanitario para llevarla a cabo. De todas formas, su actuación deberá contar con otros agentes territoriales, incluida la población.

La inclusión de la salud comunitaria como un objetivo del sistema sanitario hace evidente la necesidad de buscar y lograr una acción más coordinada e integral, lo cual debe introducir cambios en diversas áreas, entre las que destacan la formación de los profesionales, los contratos a los proveedores de servicios, los sistemas de definición de las carteras de servicios y la organización de los servicios.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Community health: Integration of primary care and public health competencies. SESPAS report 2010

ABSTRACT

Primary care and public health have run on parallel tracks with scarce points of contact or coordination in community action to improve the population's health.

If community health is defined as the «health of individuals and groups in a defined community, determined by the interaction of personal and familial factors and by the socioeconomic-cultural and physical environments» and of community intervention is defined as local action to improve community health, primary care and public health are the key players to implement this aim. However, their actions should take into account other local actors, including the population.

The inclusion of community health as an objective of the health system highlights the need to achieve more coordinated and comprehensive action, and to introduce advances in several areas, which include training for health professionals, contracts to service providers, systems for defining service portfolios, and organizational aspects of services.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Primary care

Public health

Community health

La salud comunitaria y sus principales agentes sanitarios

Se puede definir la salud comunitaria como la «salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico»¹.

Consideramos la intervención en salud comunitaria como una estrategia de intervención sanitaria cuya finalidad es la mejora de la salud de una comunidad definida. La salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y microsocioal, y la participación de

las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones².

El adjetivo «sanitaria» para la estrategia de intervención que define la salud comunitaria responde a que los servicios sanitarios en la intervención tienen un papel importante, y dentro de ellos son los del primer nivel de atención, la atención primaria (AP), a nivel individual, y los de salud pública (SP) a nivel poblacional, los que más cercanos se encuentran al conjunto de la comunidad.

Para la AP hay un antes y un después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Ata (Karajistán) en 1978, en cuya Declaración se proponía la cobertura universal por los servicios de AP y el desarrollo de sistemas nacionales de salud. En la definición de APS de Alma-Ata ya se contempló como uno de sus requerimientos la participación ciudadana. España estuvo presente en dicha conferencia y firmó la declaración. En 1984 se publicó el Decreto 137/84, base de la reforma de la AP³, que implicaba cambios profundos en este nivel de atención, entre ellos la ampliación de la mirada a una

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mpasarin@aspb.cat (M.I. Pasarín).

comunidad (la residente en la zona básica de salud) más allá de la exclusivamente demandante de atención, así como a acciones preventivas y de promoción de la salud. La Ley General de Sanidad de 1986 incorporó la reforma de la APS y la ratificó⁴.

Puntos clave

- Atención primaria y salud pública tienen un campo común, el de la salud comunitaria, en el cual pueden y deben sumar responsabilidades, habilidades y competencias, juntamente con otros actores relacionados con la salud comunitaria y con la propia comunidad organizada.
- La atención primaria y la salud pública tienen actividades y servicios que forman parte de la cartera de servicios a los que la población tiene derecho, y por tanto hay que ofrecerlos de acuerdo con las necesidades de salud, aun en ausencia de demanda.
- Hay que avanzar hacia una oferta explícita de intervenciones comunitarias que dependan especialmente de las necesidades poblacionales, y que muy a menudo estarán en el ámbito de los determinantes de salud de la población y en la disminución de las desigualdades en salud. No han de ser objeto de acciones dependientes de voluntades profesionales bienintencionadas. En tal caso estaremos generando iniquidades.
- Para ello, la intervención para la mejora de la salud comunitaria debe incluirse en las políticas de salud, en la formación, en los contratos a los proveedores de servicios, en los sistemas de definición de las carteras de servicios, en la organización de los servicios (objetivos, recursos, etc.) y en la acción intersectorial.
- La formación de profesionales (de medicina, enfermería y trabajo social) en atención primaria debe incluir el conocimiento y las habilidades en la apreciación de las necesidades de salud y en la planificación de programas comunitarios, mientras que los de salud pública es necesario que conozcan el componente de atención/cuidado de la salud de los individuos.

El mantenimiento y la mejora de la salud de la comunidad, objetivo de la salud comunitaria, va más allá de la atención a las enfermedades expresadas. La mejora de la salud de la población, especialmente en aquellos países con un sistema sanitario de cobertura universal, como es el Sistema Nacional de Salud en España, es atribuible en gran parte a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario. Este hecho se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que los determinantes de la salud son factores de diferentes niveles, desde los más cercanos al individuo (el microambiente [la vivienda]) hasta los niveles más alejados (generalmente políticas nacionales o supranacionales), aunque casi todos ellos no relacionados directamente con las acciones de los servicios sanitarios. Un modelo que de forma sencilla describe bien la complejidad de los determinantes de la salud es el propuesto por Dahlgren y Whitehead⁵, representado en la figura 1, al cual se pueden añadir los factores políticos, junto a las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales, tal y como se presenta en el informe de salud anual de Barcelona de los últimos años⁶.

Los niveles de intervención en salud son muy diversos, desde las grandes líneas políticas que influyen en importantes determinantes de la salud (políticas de empleo, bienestar, vivienda, educación, etc.) hasta los niveles de intervención más locales, el nivel comunitario. Es en éste donde nos situamos cuando aquí nos referimos a la intervención comunitaria como la acción local



Figura 1. Modelo de determinantes de la salud, según Dahlgren y Whitehead⁵.

para la modificación de la expresión colectiva de salud y sus determinantes.

Roussos y Fawcett⁷ revisaron cómo el trabajo en red desde múltiples sectores con el objetivo de mejorar la salud de la comunidad o comunidades puede obtener resultados positivos sobre la salud⁷. Aunque es difícil evaluar la efectividad de las acciones comunitarias, cada vez hay más bibliografía sobre ellas⁸⁻¹³.

El objeto de este trabajo es describir y analizar el papel de la AP y la SP en el desarrollo de la mejora de la salud comunitaria. Aunque ambas disciplinas tienen competencias profesionales y administrativas propias, la salud comunitaria requiere que se complementen y coordinen en actividades y procesos para la mejora del nivel de salud de las comunidades a nivel local. Así pues, la AP y la SP pueden tener puntos de encuentro que no siempre han sido reconocidos en la práctica. Por ejemplo, cuando la AP tiene orientación comunitaria, a diferencia de la AP dedicada solamente a la demanda, comparte con la SP su orientación a la salud de la población. En algunos casos, funciones que actualmente están cubiertas por la SP podrían estarlo por un equipo de AP con clara orientación comunitaria¹⁴, y en otros casos la acción comunitaria mejoraría si AP y SP se completaran y aunaran objetivos, recursos y esfuerzos.

Tanto la AP como la SP tienen en España un ámbito de intervención común, la población, siempre que sus espacios territoriales coincidan, especialmente en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, con cobertura poblacional, y que desde la reforma de la AP, ésta tiene responsabilidad sobre la población que reside en su área de influencia (zona básica de salud). Considerando que la intervención en salud comunitaria implica poner en marcha procesos que acaben influyendo en el nivel de salud de la comunidad, podemos estar de acuerdo en que tanto la SP como la AP deben ejercer de forma integrada sus competencias en beneficio de la salud comunitaria.

Situación actual de la relación de la atención primaria y la salud pública

La AP y la SP no han tenido trayectorias muy interconectadas; su desarrollo histórico, sus cambios conceptuales y sus desarrollos prácticos se han producido en paralelo, sin demasiados puntos de conexión o reconocimiento mutuo, lo que ha implicado poca coordinación. En gran parte esto se explica por su origen, más lejano, en el cual la SP sí ha tenido, por definición, una orientación poblacional, pero la AP tenía una función eminentemente curativa, sobre los pacientes que acudían a las consultas¹⁵. Ha sido en los últimos 30 años cuando la orientación hacia la mejora

de la salud considerando sus determinantes tuvo una primera área de acción en la atención preventiva individual y en la educación sanitaria, y en una segunda fase más reciente hacia la promoción de la salud. La Declaración de Alma-Ata ya orientaba hacia dónde deberían ir las acciones, tanto hacia una acción más comunitaria de la salud como hacia la participación de la propia comunidad y de otros sectores sociales¹⁶.

En diferentes países empieza a ser un imperativo la existencia de una mayor y mejor relación entre los servicios de salud de atención individual, especialmente la AP, y la salud pública. En EE.UU., la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Salud Pública publicaron a finales de los años 1990 una monografía titulada *Medicina y Salud Pública, el poder de la colaboración*, en la cual abordaban en primer lugar la situación histórica y actual, con gran predominio de trabajo no coordinado y el análisis de 414 casos de colaboración y sinergias, compartiendo recursos y habilidades, todos ellos de EE.UU. La mayor parte de estos casos se daban en el nivel comunitario¹⁷.

En el entorno europeo, Gran Bretaña también ha planteado recientemente el trabajo conjunto entre AP y SP. En los primeros años del siglo XXI se estableció el mandato con objetivos de mejorar la salud de la población y de reducir las desigualdades, trabajando también conjuntamente con otros agentes¹⁵. Pero este trabajo conjunto no es fácil, tiene requerimientos que deben ser cubiertos (aspectos organizativos, de recursos, de estructuras, etc.), además de que debe establecerse y diferenciarse el tipo de relación interinstitucional que quiera mantenerse. Algunas de las dificultades radican en que la SP no depende exclusivamente del sistema de salud, ya que otras instituciones y entidades, por ejemplo desde ayuntamientos hasta organizaciones no gubernamentales (ONG), tienen un papel importante en su desarrollo. Algunos autores apuestan por un modelo en que los profesionales de AP adquieran algunas de las habilidades de SP, y de esta manera la AP pueda ejercer parte de las acciones que actualmente cubre la SP^{14,18}. Esto puede ayudar a que desde el propio equipo de AP sea más factible tener la visión poblacional y miembros del equipo con conocimientos y habilidades específicas, pero esto no sustituye la necesidad de que para el ejercicio de la acción comunitaria sea necesario el abordaje intersectorial, también con las estructuras, servicios y agentes de salud pública que estén fuera de los servicios sanitarios. Para ampliar los servicios de AP con estrategias de salud comunitaria, las habilidades en SP deben complementarse también con habilidades de comunicación y dinamización comunitaria.

Es necesario enfatizar también el beneficio que las acciones de SP desde la AP tienen sobre el trabajo clínico. La visión y la información sobre el nivel poblacional que puede aportar la SP contribuye a un mejor reconocimiento de las patologías existentes, y por lo tanto a un abordaje más apropiado a nivel individual, como la estrategia de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)¹⁴.

Pueden aparecer problemas organizativos cuando el territorio de una comunidad está servido por más de un servicio de atención primaria, lo cual es más frecuente en poblaciones grandes. El territorio que una comunidad reconoce como propio es el que es, y son los servicios quienes deben coordinarse y organizarse para dar una respuesta común a las necesidades de la población de ese territorio. En este sentido, los servicios de SP pueden desempeñar un papel coordinador.

La acción comunitaria desde el sistema sanitario en España

Ya en el informe SESPAS del año 2008 se abordó la situación de la SP y la AP en España, y las áreas que podrían beneficiarse de su mayor colaboración, entre ellas la promoción de la salud, la

prevención de las enfermedades y las intervenciones para reducir desigualdades sociales en salud¹⁶. En la actualidad, el desarrollo de la acción comunitaria desde la administración sanitaria en España está caracterizado por la heterogeneidad tanto en directrices como en prácticas. Es una de las partes menos desarrolladas en términos generales de la reforma de la AP, que influyó más en el desarrollo de la prevención clínica y la educación sanitaria individual.

Las sociedades científicas de AP han sido las que de forma más estable han mostrado hasta ahora un compromiso explícito con el papel de la intervención comunitaria en España¹⁹. Dos ejemplos de ello son la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC), mediante la creación en el año 1987 y el soporte hasta la actualidad del grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que entre otras tareas ha realizado formación de profesionales de AP^{14,20} en la orientación comunitaria, y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) al crear, en 1996, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)²¹. Más recientemente, y como consecuencia de los procesos anteriores, la CAMFIC también ha dado apoyo a la red Actuando Unidos Por la Salud (AUPA), red de centros de AP que tienen proyectos de intervención comunitaria²². Esta red se está abriendo a la SP, y actualmente tiene en marcha un ambicioso proyecto formativo conjunto para profesionales de AP y de SP, especialmente orientado a compartir experiencias y prácticas de acción comunitaria, realizando un aprendizaje conjunto a partir de la reflexión de las propias prácticas (*Salud comunitaria: la construcción de nuevas prácticas en red*, disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/ies/delta/>).

Un estudio reciente sobre los factores que influyen en el desarrollo de proyectos comunitarios desde la AP señaló como más importantes la motivación de los profesionales, la formación previa recibida y el apoyo de la dirección²³. Conviene señalar que la formación es una de las áreas que todavía tienen que definirse mejor, en cuanto a las competencias que deberían adquirir los diferentes profesionales implicados en la intervención comunitaria.

La SP también ha tenido ejemplos de intervención comunitaria, respondiendo a problemas más clásicos de «salud pública», generalmente ligados a enfermedades infecciosas (tuberculosis²⁴, sida, etc.). Sin embargo, desde 2004 se está realizando en Cataluña una experiencia de intervención comunitaria promovida, pero no realizada exclusivamente, desde SP a partir de la estrategia *Salud en los barrios*^{25,26}. Esta estrategia complementa desde el Departamento de Salud las acciones de la Ley 2/2004 de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren atención especial («ley de barrios»²⁷, la cual asigna un fondo de financiación del gobierno de la comunidad autónoma, puesto a disposición de los ayuntamientos, para proyectos de mejora integral de barrios con el objetivo de mejora urbanística, social y económica; en las convocatorias anuales, desde 2004 a 2009, se han priorizado un total de 118 áreas²⁸. Cabe señalar que la misma «ley de barrios» es de esperar que tenga un impacto en la salud de la comunidad, ya que interviene sobre factores que son determinantes de la salud (entorno de residencia, social y económico). La estrategia *Salud en los barrios* promueve un proceso participativo para la toma de decisiones y de coordinación de servicios (SP, AP, servicios sociales, técnicos municipales, etc.) y agentes del barrio (técnicos de planes de desarrollo comunitarios, entidades, etc.), con el fin de decidir, a partir de un análisis de necesidades, los determinantes de la salud sobre los que convendría intervenir desde los servicios y agentes implicados en el nivel comunitario (incluida la comunidad). El resultado debe abarcar la reorientación de algunas acciones, la promoción de otras ya existentes y la puesta en marcha de aquellas aún no disponibles.

Pero estas experiencias, y otras que de forma aislada se desarrollan por todo el territorio español y de las que de buena

parte se puede encontrar alguna reseña en la revista *Comunidad del PACAP*²¹, ofrecen un panorama de diversidad y heterogeneidad, no sólo en respuesta a diferentes necesidades poblacionales sino a diferente oferta y posicionamiento de los servicios que hay en el territorio. Cambiar esta situación, facilitando que SP y AP puedan ejercitar también sus competencias en el desarrollo de la salud comunitaria, requerirá establecer objetivos formales, acompañados de los recursos necesarios y de los cambios organizativos que sin duda requiere la acción comunitaria.

En este marco de diversidad, donde hay zonas con un mayor desarrollo de la acción comunitaria desde los servicios de AP o de SP, deberá tenerse en cuenta que una de las lecciones que la experiencia de Reino Unido ha aportado es que hay que valorar positivamente el apostar por las experiencias existentes que estén funcionando¹⁵. Así, ante la necesidad de facilitar estructuras, recursos, etc., para un mayor y más homogéneo desarrollo de la salud comunitaria, hay en España experiencias que merece la pena identificar, conocer, analizar, apoyar y promocionar.

Aspectos clave para avanzar en la orientación comunitaria en salud basada en la integración de atención primaria y salud pública

Deben considerarse diversos aspectos para lograr la integración y poder avanzar en el desarrollo de la acción comunitaria:

- Coordinación: una asignatura todavía pendiente de nuestro sistema sanitario son los problemas de coordinación entre niveles asistenciales^{29,30}, y aún más si incluimos agentes de otras administraciones, como son los profesionales de la SP, y todavía más difícil con otros profesionales (servicios sociales, técnicos municipales, educación, etc.). La acción comunitaria es difícil e ineficiente si no hay una buena coordinación entre todos los servicios que proveen servicios a la comunidad específica.
- Sinergias que deben establecerse en el nivel comunitario: algunas cuestiones clave hacen referencia a los roles, los liderazgos y las relaciones. En este sentido, hay decisiones que deben tomarse en el nivel político, otras en el nivel técnico-gerencial, y otras a nivel comunitario, en función de lo que cada agente o servicio represente en la comunidad. Es importante destacar que la orientación comunitaria sea presentada claramente y conocida por todos los implicados.
- La mejora del nivel de salud de la comunidad requiere también actores no sanitarios: en la salud comunitaria, AP y SP desempeñan un rol central como catalizadores de cambios, pueden liderar procesos de acción comunitaria, etc., pero también hay otros agentes clave y se deberá sumar su participación y compromiso. Esto se relaciona igualmente con el posible riesgo de un incremento de la medicalización en el cuidado de la salud cuando la acción comunitaria es liderada desde los servicios de salud.
- Participación comunitaria: es necesaria, pero requiere una actitud no dominante del equipo sino de «compartir». Es necesaria porque la modificación de los determinantes de la salud no es prescriptiva, no sucede porque el profesional sanitario indique su necesidad; hay tomas de decisiones que el profesional sanitario puede recomendar como necesarias, pero está fuera de su área de influencia el poderlas llevar a cabo. Para conseguir la corresponsabilidad y la implicación de agentes (servicios, entidades, vecinos y vecinas, etc.) hay que garantizar que puedan participar en las diferentes tomas de

decisiones que la acción comunitaria implica (detección de necesidades, priorización, determinación de acciones). También hay que tener en cuenta que la acción comunitaria, realizada desde una perspectiva de equidad (necesaria dada la reconocida existencia de desigualdades sociales en salud), debe contemplar que los grupos más vulnerables pueden no estar representados y no por ello han de ser olvidados.

- «Cartera de servicios»: la acción comunitaria para la mejora de la salud no se ajusta bien a que esté determinada por una cartera de servicios clásica, establecida de forma vertical, de arriba abajo. Pero al mismo tiempo, si la acción comunitaria no queda contemplada dentro de la cartera de servicios (de AP, de SP, incluso de servicios sociales u otros), continuará la situación actual de absoluta fragilidad y diversidad, en la cual la implicación en la acción comunitaria por parte de los servicios de salud depende más de voluntades individuales que de directrices desde la gestión de los servicios. La acción comunitaria requiere que la cartera de servicios se establezca teniendo en cuenta una toma de decisiones *bottom-up* (desde la comunidad y el equipo al nivel central-superior), que complemente la más tradicional y frecuente *top-down* (desde los niveles centrales a los más locales)¹⁴.
- Para el desarrollo de la acción comunitaria es necesaria una voluntad política firme, que se traduzca en la inclusión de objetivos relacionados con esta orientación en los contratos con los proveedores de los servicios de AP y SP. Asimismo, es importante revisar la formación de los profesionales, que debe incluir también las competencias necesarias para la acción comunitaria.

Conclusiones y propuestas

La AP y la SP son dos agentes clave en el desarrollo de la salud comunitaria, y la acción de ambas ha de ser coordinada e integrada. Para ello se requiere un establecimiento claro y explícito de objetivos, funciones, recursos y relaciones. La estructura y el sistema de los servicios de salud deben favorecer la acción comunitaria, tanto desde la AP como desde la SP, no dejándola exclusivamente al criterio de buenas voluntades profesionales.

Es conveniente reducir la heterogeneidad territorial que hasta el momento se está ofreciendo en el campo de la intervención en salud comunitaria, tanto desde la AP como desde la SP. Como mucho, la heterogeneidad en la acción comunitaria debería responder a diferencias de necesidades poblacionales. Finalmente, hay que tener en cuenta que no se parte de cero, que hay experiencias locales de intervención comunitaria, tanto en AP como en SP e incluso de ambas conjuntamente, de las cuales se puede aprender^{21,22,25,26}.

Financiación

Ninguna.

Contribución de autoría

Respecto a la contribución de los autores: entre todos discutimos los principales contenidos a introducir, M. Isabel Pasarín elaboró la primera versión del artículo que fue revisado por el resto de autores/as, proponiendo todos ellos diferentes propuestas de modificación. M.I. Pasarín elaboró la segunda

versión que fue nuevamente revisada por el resto de autores/as. La tercera versión fue leída y dada por definitiva por todos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gofin J, Gofin R. *Essentials of global community health*. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269.
- Restrepo Vélez O. Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? *Avances en Enfermería*. 2003;21:49–61. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/2003_1.htm.
- RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE n.º 27 de 1 de febrero de 1984. p. 2627–9.
- Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, et al. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: www.msc.es.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.
- La salut a Barcelona 2008. Barcelona: Agencia de Salut Pública de Barcelona; 2009. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/Salut_bcn_2008.pdf.
- Roussos ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:369–402.
- Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21:177–85.
- Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
- Gofin J, Foz G. Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med*. 2008;40:196–202.
- Epstein L, Gofin J, Gofin R, et al. The Jerusalem experience: three decades of service, research, and training in community-oriented primary care. *Am J Public Health*. 2002;92:1717–21.
- Gillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2002;92:1721–5.
- Pickens S, Boumbulian P, Anderson RJ, et al. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. *Am J Public Health*. 2002;92:1728–32.
- Foz G, Gofin G, Montaner I. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC): una visión actual. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Shaw S, Ashcroft J, Petchey R. Barriers and opportunities for developing sustainable relationships for health improvement: the case of public health and primary care in the UK. *Critical Public Health*. 2006;16:73–88.
- Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):104–10.
- Lasker RD and the Committee on Medicine and Public Health. *Medicine and public health. The power of the collaboration*. New York: The New York Academy of Medicine; 1997. [Consultado 20/2/2010]. Disponible en: <http://www.cmsdocs.net/publikealth/MPH.pdf>.
- Bradley S, McKelvey SD. General practitioners with a special interest in public health: at last a way to deliver public health in primary care. *J Epidemiol Commun Health*. 2005;59:920–3.
- De Peray JL. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. *Comunidad*. 2000;3:34. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos_medicina.pdf.
- Página web del Grupo de Trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Barcelona. (Actualizado 1/1/2009; Consultado 4/1/2010). Disponible en: <http://www.apoc-copc.org/>.
- Página web del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Granada. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: <http://www.pacap.net/>.
- Foz G. La red AUPA. *Comunidad*. 2008;10:34. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/noticias5.pdf>.
- López Torrent E, Forcada Vega C, Miller F, et al. y coordinadores de los equipos comunitarios de los centros AUPA. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2010;42:218–25.
- Díez E, Clavería J, Serra T, et al. Evaluation of a sociosanitary intervention in homeless tuberculosis patients. *Tubercle Lung Dis*. 1996;77:420–4.
- Sierra I, Cabezas C, Brugulat P, et al. Estrategia «Salud en los barrios»: actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 4):60–4.
- Les accions en Salut Pública. Programa Salut als barris. En: *La salut a Barcelona 2007*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. 2008:55. [Consultado 3/1/2010]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/LaSalutBCN2007.pdf>.
- Llei de Barris. L. N.º 2/2004 (10 juny 2004). Disponible en: <http://www.gencat.cat/diari/4151/04154100.htm>.
- Página web del Programa de barrios y áreas urbanas de atención especial. Generalitat de Catalunya. [Consultado 10/1/2010]. Disponible en: <http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/arees/ciutat/barris/index.jsp>.
- Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit*. 2007;21:114–23.
- Gervás J, Rico A, y Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:658–61.