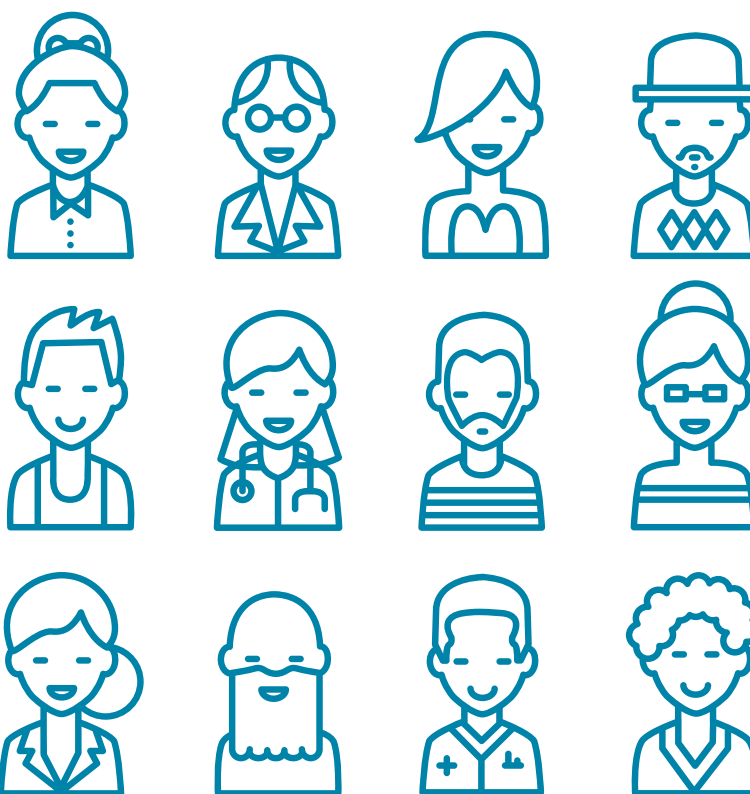


GUÍA PARA TRABAJAR EN **SALUD** **COMUNITARIA** EN ASTURIAS



Trabajo intersectorial
en salud

Sistemas de
gobernanza local

Salud comunitaria
basada en activos

“La promoción de la salud es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni se entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”

Declaración de Yakarta. OMS 1997.

GUÍA PARA TRABAJAR EN **SALUD** **COMUNITARIA** EN ASTURIAS



Trabajo intersectorial
en salud



Sistemas de
gobernanza local



Salud comunitaria
basada en activos

GRUPO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Marcial Vicente Argüelles Suárez
Rafael Cofiño Fernández
Nadia María García Alas
Amelia González López
José Antonio González Fernández
José Ramón Hevia Fernández
Sonia López Villar
Marta María Pisano González
Óscar Suárez Álvarez
José Feliciano Tato Budiño

GRUPO DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO

Belén Álvarez Delgado, Ana Cortés
Velarde, Yolanda Cotiello Cueria,
Jara Cubillo Llanes, Ana Belén Díaz
Fernández, Patricia Escartín Lasie-
rra, Emilio Parajón Posada en re-
presentación de la Escuela de Sa-
lud Comunitaria (A Pie De Barrio),
Margarita Fernández Fernández,
Olga Fernández Fernández, Adria-
na Fernández García, Silvia Fer-
nández Rodríguez, Yurema de la
Fuente Rodríguez, Daniel García
Blanco, Ana Covadonga González
Pisano, María Guiomar González
Trespando, Dolors Juvinyà Canal,

Ana María López Menéndez, Lara
Menéndez González, Beatriz Nuin
González, Pablo Pérez Solís, Ma-
nuel del Rivero Pérez, María Je-
sús Rodríguez Nachón, Juan Luis
Ruiz-Giménez Aguilar, Marta Sas-
tre Paz, Andreu Segura Benedicto,
Sociedad de Enfermería de Aten-
ción Primaria en Asturias (SEAPA),
Marian Uría Urraza, María Isabel
Villamil Díaz.

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL DOCUMENTO

Sonia López Villar
Óscar Suárez Álvarez
Rafael Cofiño Fernández

EDITA

Dirección General de Salud Pública,
Consejería de Sanidad del Principa-
do de Asturias.
Agosto de 2016.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Jorge Lorenzo Diseño y
Comunicación Visual

DEPÓSITO LEGAL

Ast-03258-2016

ACCESO AL DOCUMENTO:

Se puede acceder a la versión am-
pliada y reducida de la guía y los
anexos de la misma a través de la
página web del Observatorio:

www.obsaludasturias.com

ÍNDICE

SOBRE ESTA GUÍA	9
1. GLOSARIO	10
2. INTRODUCCIÓN	18
3. MARCO TEÓRICO	20
3.1. Determinantes de la salud y desigualdades sociales	20
3.2. Promoción de la salud y salutogénesis	25
3.3. Salud comunitaria y activos para la salud	26
3.4. Intersectorialidad y Salud en todas las Políticas	27
3.5. Participación comunitaria en salud	28
3.6. Sistemas de Gobernanza Local en Salud	30
4. CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL	32
4.1. Nacional	32
4.2. Principado de Asturias	33
5. MARCO DEL TRABAJO EN SALUD EN ASTURIAS	36
5.1. Ámbito sanitario	36
5.2. Ámbito municipal	36
5.3. Ámbito comunitario	37
5.4. Elementos de reflexión	37
5.5. Propuestas de mejora	38
6. ESQUEMA DE LA GUÍA	40
7. GUÍA DE ACTUACIÓN	42
Fase 0. Punto de partida. ¿Por qué iniciamos un trabajo en salud en el ámbito local?	42
Fase 1. Trabajar juntos	44
Fase 2. Identificar. Analizar los activos disponibles y los problemas	48
Fase 3. Priorizar. Sobre qué debemos y podemos actuar	54
Fase 4. Buscar evidencias. Identificar intervenciones que sean efectivas	56
Fase 5. Actuar. Establecer un plan de acción en el territorio	60
Fase 6. Evaluar. Evaluar lo que hacemos	64
8. BIBLIOGRAFÍA	68

SOBRE ESTA GUÍA

La presente **guía** va dirigida a orientar a todo agente comunitario que quiera iniciar o reconducir procesos intersectoriales participativos en salud a nivel local, es decir, trabajar en el territorio con una perspectiva de **Salud Comunitaria basada en activos**. Ofrece un marco teórico y metodológico de actuación inclusivo que sintetiza los distintos modelos existentes y engloba los procesos vinculados a la salud y bienestar de la comunidad desarrollados en un territorio, mejorando la coordinación de dichas actuaciones.

No se trata por tanto de un nuevo proyecto ofertado a los agentes comunitarios, es una guía que busca dar una perspectiva global tanto a las estructuras intersectoriales de participación en salud, proyectos y acciones que vayan a iniciarse a nivel local como a aquellas existentes.

Dada la gran variedad de vocabulario técnico y conceptos empleados se incluye al inicio del presente documento un **glosario** de cara a favorecer tanto la comprensión como la utilización de un lenguaje común que facilite el trabajo entre personas de diferentes sectores.

La guía incorpora un **marco teórico** que introduce conceptos como la promoción de la salud, la orientación hacia los determinantes de la salud, la perspectiva de equidad y

participación y el trabajo en salud comunitaria desde una metodología de activos para la salud. Asimismo se aborda el **contexto nacional y regional** con las principales Leyes y Decretos, así como Planes, Estrategias y Proyectos vinculados a la promoción de la salud y la participación.

Por otra parte, en el documento se analiza brevemente el **marco del trabajo en salud** en Asturias vinculado tanto a ámbito sanitario como municipal y comunitario incorporando algunos elementos de reflexión y áreas de mejora.

La propuesta de trabajo se articula en torno a la puesta en marcha de **estructuras intersectoriales de participación en salud -Sistemas de Gobernanza Local en Salud-** que faciliten la **dinamización de activos de salud comunitarios**, permitiendo el análisis de la situación de salud y el abordaje de los problemas de salud / bienestar y necesidades identificados en los diferentes territorios.

El desarrollo de las **fases** propuestas en la guía es orientativo y las acciones variarán en función del momento en que se encuentre cada grupo de trabajo, adaptándose a las situaciones que se pueden dar en el territorio. De cara a facilitar su comprensión, todas las fases se estructuran en tres apar-

tados: puntos clave, acciones a desarrollar y materiales de referencia. Desde el Observatorio de Salud se pueden realizar apoyo técnicos a través de diferentes acciones formativas orientados a fortalecer la capacidad de los grupos en aspectos concretos.

En los **anexos** se incluye una batería de sesiones de trabajo para cada fase construida a partir de la experiencia con Sistemas de Gobernanza Local en Salud junto a materiales útiles, documentación ampliada y fichas técnicas de Proyectos de la Dirección General de Salud Pública vinculados a la promoción de la salud.

Somos conscientes que la guía está en proceso de continuo crecimiento. Para realizar aportaciones, comentarios o sugerencias sobre la misma puede hacerse a través del siguiente contacto:

OBSERVATORIO DE SALUD EN ASTURIAS

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
C/ Ciriaco Miguel Vigil – nº 9
33006 Oviedo
Tfno: 985106385 / 985106338
E-mail: obsalud@asturias.org
Twitter: @obsaludasturias

1. GLOSARIO

Activo para la salud^{1, 2, 3}

“Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud” (Morgan y Ziglio, 2007).

Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés.

Agentes comunitarios⁴

Conjunto de diferentes actores formales o informales integrados en la administración, las instituciones de diferente índole que operan en el entorno comunitario, movimientos asociativos y ciudadanía en general.

Alfabetización en salud

Habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud⁵. Traducción del término inglés health literacy.

Alianza de Salud Comunitaria⁶

Trabajo en red iniciado entre diferentes entidades e instituciones en el año 2012 con el objeto de profundizar y colaborar en el trabajo en salud comunitaria.

La Alianza establece un acuerdo de colaboración formal en el año 2013 participando las siguientes entidades: la Administración del Principado de Asturias a través de la Consejería de Sanidad (Dirección General de Salud Pública), la Universidad de Alicante, la Universitat de Girona, el Instituto Marco Marchioni, la Dirección General de Salud Pública de Aragón, la Agència de Salut Pública de Catalunya, la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Agència de Salut Pública de Barcelona, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Actualmente mantiene un proceso de trabajo abierto y se irán sumando otras nuevas entidades e instituciones.

Comunidad⁷

La comunidad de manera operativa se define como un territorio habitado por una población, que cuenta –o no– con determinados recursos y que expresa –o no– determinadas demandas (Marchioni, 2013). Por tanto, de cara a realizar una intervención comunitaria deben tenerse en cuenta estos cuatro elementos y las interrelaciones entre los mismos:

- El territorio.
- La población/ciudadanía.
- Los recursos:
 - Técnicos (profesionales técnicos que intervienen en el territorio, públicos y privados).
 - Propiamente comunitarios (grupos formales –asociaciones– e informales de la población. A veces un grupo informal es más activo y real que uno formal).
- Las demandas/necesidades/potencialidades existentes.

Co-producción en salud⁸

Trabajo intersectorial de los diferentes agentes locales de salud: aportando recursos, influyendo cada uno en las condiciones de salud, haciéndolo de forma organizada y coordinada y con objetivos comunes de salud.

Desigualdades sociales en salud^{9, 10}

Aquellas diferencias en salud injustas y evitables que se producen entre grupos poblacionales definidos por factores sociales, económicos, demográficos y/o geográficos. Estas diferencias se suelen producir fruto de la distribución de recursos y riquezas con los que contamos, afectando de manera diferencial a las personas en función de una serie de ejes de desigualdad con un impacto transversal en las mismas: clase social, edad, etnia, género, territorio, etc.

El marco del documento Avanzando hacia la Equidad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) propone

los ejes arriba mencionados. Desde esta guía se recomienda que la perspectiva de género sea incorporada como objeto de análisis específico y principal a la hora de contemplar los ejes restantes y los determinantes intermedios. Esta perspectiva permite que no se vea limitado el análisis a una mera comparación por sexo y enriquecer y mejorar las actuaciones propuestas para disminuir la brecha de género.

Determinantes de la salud. Determinantes sociales de la salud^{10, 11}

Conjunto de factores personales, sociales, sanitarios, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos y las poblaciones en las que estos conviven.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Esas circunstancias son el resultado de la diferente y a veces injusta distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Empoderamiento para la salud

Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud⁵. El empoderamiento es por tanto el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como

grupo social para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven¹². Vinculado al concepto de Promoción de la Salud.

El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente al fortalecimiento de la capacidad de la persona para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

Equidad en salud

La equidad en salud “implica que todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud. De modo más pragmático, implica que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que pueda evitarse. Equidad se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible”¹². Implica que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar, es sinónimo de imparcialidad⁵.

La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para todos se dirige fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas de políticas macroeconómicas, sociales y de salud, por ejemplo,

como consecuencia del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada ... La falta de equidad en oportunidades en la vida provocaría las desigualdades en el estado de salud”⁵.

Por tanto, se busca mejorar la salud y bienestar de la población a través de intervenciones destinadas a lograr una mayor equidad abordando los ejes de desigualdad transversales que generan las desigualdades en salud: género, edad, clase social, etnia y territorio.

Gobernanza

Procesos de acción colectiva a través de los cuales se trata de organizar la interacción entre diferentes actores, la dinámica de los procesos en los que están inmersos y las reglas del juego (informales y formales) con los que una sociedad determina sus conductas y lleva a cabo sus decisiones¹³.

Elementos que integran un Sistema de Gobernanza:

- Actores estratégicos: aquellos con potestad para modificar las reglas y grupos de interés que estarían involucrados.
- Normas formales e informales. Entre actores y grupos. El funcionamiento del Sistema de Gobernanza puede basarse en las informales aun existiendo las formales.
- Procesos: revisión de historia y etapas pasadas.
- Puntos nodales. Espacio donde los elementos convergen.
 - Formales (Consejo de Salud)
 - Informales (calle)

Infraestructuras promotoras de la salud

Son aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada de la promoción de la salud a los temas y desafíos de la salud pública.

Es posible encontrar estas infraestructuras en diversos tipos de estructuras organizativas que incluyen la atención primaria de salud, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de autoayuda, además de los organismos y fundaciones dedicados a la promoción de la salud. Pese a que muchos países cuentan con una estructura específica de promoción de la salud, los mayores recursos humanos se encuentran entre todo el personal sanitario, los trabajadores de otros sectores ajenos a la sanidad (por ejemplo, educación, bienestar social), y en las acciones de personas profanas dentro de cada comunidad. Las infraestructuras de promoción de la salud se pueden establecer no solo con recursos y estructuras tangibles, sino también a través de la concienciación pública y política sobre los temas de salud y la participación en las acciones para abordar esta problemática⁵.

Intersectorialidad

La colaboración intersectorial se define como la “relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario”⁵.

La Intervención Comunitaria identifica tres protagonistas⁷:

- Administraciones (administración local, otras administraciones públicas y entidades privadas)⁷. Fundamental el papel del gobierno local, el ayuntamiento, con la incorporación de la participación de la ciudadanía.
- Recursos técnicos y profesionales públicos y privados, contribuyendo a que la ciudadanía participe activamente en la mejora de su realidad y no limitando su actividad a la gestión de prestaciones.
- Ciudadanía. Asociaciones, grupos y personas. La participación de la ciudadanía es el elemento central de la Intervención Comunitaria.

Intervención comunitaria en salud^{14, 15}

“Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que está dirigida a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades”.

Intervención realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación. Estas intervenciones pueden ser sectoriales cuando afectan a un solo ámbito de actuación (medio ambiente, seguridad, urbanismo...) o intersectoriales cuando están representados diversos sectores que comparten objetivos comunes aunque intervengan en diferentes ámbitos⁴.

Investigación-acción-participación¹⁶

Proceso de investigación en el que se pretende analizar la realidad para mejorarla en un proceso estrecho de trabajo entre el grupo investigador y la comunidad.

Aunque el término inicial fue descrito por Lewin en los años 40 como Action Research (Investigación Acción) existen diferentes variaciones desde la Investigación-Acción-Participación (IAP) de Orlando Fals Borda y la escuela de América Latina muy inspirada en Paolo Freire, al Community Based Participatory Research (CBPR Investigación participativa centrada en la comunidad) de la escuela norteamericana con una aplicación más centrada en el campo de la salud pública y la salud comunitaria.

En líneas generales, siguiendo a Barbara Israeli, los principios comunes a la IAP y la CBPR son los siguientes:

- Es **participativa**.
- Hace **énfasis en el proceso** y en este proceso se refuerzan, de forma cooperativa, las aportaciones que hace la comunidad y las que hacen las personas investigadoras
- Es una **investigación vinculada a generar acción**, por ello será una orientación muy vinculada a intervenciones comunitarias.
- Un elemento clave son los **co-aprendizajes** a lo largo de todo el proceso. Aprende el grupo investigador y aprende la comunidad.

Participación comunitaria en salud

Proceso mediante el que diferentes agentes de la comunidad se involucran en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades de salud, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente. Fue definida en la Conferencia de Alma Ata como el proceso en virtud del cual los individuos y familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver problemas comunes. Les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos¹⁴.

El término participación comunitaria hace alusión a la toma de conciencia colectiva de toda la comunidad sobre aquellos factores que frenan el crecimiento, mediante la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas que facilitan el bien común. La comunidad se organizaría asumiendo obligaciones y responsabilidades y manteniendo vías de comunicación con autoridades y población⁵. En 1981, las Naciones Unidas la definen como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”¹⁴.

Proceso comunitario

Conjunto de actuaciones organizadas que mediante mecanismos de participación comunitaria permite un abordaje de los determinantes de la salud en una comunidad por los diversos agentes comunitarios⁴.

Se trata de un proceso dialéctico (por las relaciones con y entre los tres protagonistas de la intervención comunitaria) y dinámico, ya que va evolucionando en el tiempo y en el espacio territorial en el que se produce. El proceso se pone en marcha a través de diversas fases de forma indefinida e inespecífica, sin fines y objetivos predeterminados. Se le debe asegurar una sostenibilidad y continuidad. Todo proceso comunitario debe desarrollarse partiendo de lo que ya existe, teniendo en cuenta la historia reciente de la comunidad, sobre todo en cuanto a participación social se refiere, realizando cada comunidad su propio itinerario⁷.

Promoción de la salud^{5, 17}

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Proporcionar al individuo y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los determinantes de la misma.

Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones orientadas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto negativo en la sa-

lud colectiva e individual y potenciar el positivo. Así pues, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Recurso de salud

Cualquier elemento relacionado con las personas, los lugares, diferentes instituciones u organizaciones, que puede ser utilizado para promover la salud o responder a sus necesidades y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la comunidad o las personas que la integran.

La diferencia entre activo y recurso es que un recurso puede no estar siendo utilizado para generar salud y un activo claramente sí genera bienestar⁵.

Resultados de salud

Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Esta definición subraya los resultados de las intervenciones planificadas, los cuales pueden beneficiar a individuos, grupos o poblaciones enteras. Las intervenciones pueden incluir: las políticas y consiguientes programas del Gobierno (también los resultados de salud deseados o no de las políticas del gobierno en sectores diferentes al sanitario), las leyes y reglamentos o los servicios y programas sanitarios, incluidos los programas de promoción de la salud. Los resultados sanitarios se suelen evaluar utilizando indicadores de salud⁵.

Salud Comunitaria^{5, 18}

Expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales⁵.

Salud Comunitaria basada en activos

Trabajo desde un modelo de promoción de la salud en el que un elemento vital es la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan tomar decisiones saludables y sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad, ejerciendo un protagonismo importante de aquellos sectores no sanitarios, con la utilización de metodologías basadas en conocimiento científico –para el análisis, priorización, intervención y evaluación– y reforzando y dinamizando los propios recursos/activos para la salud existentes a nivel local.

La dinamización de estos activos se plantea de forma global con dos perspectivas: la dinamización, visibilización o conexión de activos desde el ámbito comunitario (proyectos de promoción de la salud) o desde la utilización de los activos en consulta (Asturias Actúa en Salud y recomendación de activos desde Atención Primaria).

Salud en todas las políticas

Acciones desarrolladas desde el ámbito político y con una perspectiva intersectorial que tienen en cuenta las implicaciones para la salud de las personas y las poblaciones derivadas de la toma de decisiones políticas en ámbitos como urbanismo, transporte, ocio y tiempo libre, industria, sanidad, comercio... Buscan generar sinergias y evitar impactos negativos en la salud, siendo su fin el mejorar la salud de la población y desarrollar una perspectiva de equidad¹⁹.

Salutogénesis

Término cuyo significado es “génesis de la salud”. Supone un nuevo paradigma, la salutogénesis se centra en cómo podemos mantenernos sanos y cuáles son los factores implicados en la salud humana y el bienestar en los que centra su enfoque de intervención sobre la salud de las poblaciones. En cambio, la visión patogénica tradicional se pregunta por qué enfermamos, los factores que causan la enfermedad²⁰.

Sistema de Gobernanza Local en Salud

Proceso de toma de decisiones en materia de salud en el ámbito más cercano a la ciudadanía, con actores sanitarios (atención primaria, salud pública, atención a subagudos, salud mental...) y no sanitarios (ayuntamientos, agentes sociosanitarios, asociaciones, tercer sector, agentes locales de salud...)¹³.

²¹. Dichos agentes actúan en un continuo de promoción de la salud, prevención y asistencia sanitaria sobre su población de referencia, compartiendo

responsabilidad sobre los determinantes y resultados de salud de la población, buscando eficiencias y evitando desigualdades²².

En estos procesos interactúan actores estratégicos y organizaciones que se ajustan a normativas de regulación legal de participación o a otros procedimientos -formales e informales-.

Estas estructuras de participación local en salud pueden organizarse a nivel de barrio, distrito, zona de salud, municipio, área sanitaria o una combinación de alguna de estas agrupaciones geográficas. El nombre que puede adoptar un Sistema de Gobernanza Local en Salud es diferente en cada caso: Consejos de Salud de Zona, Consejos de Salud Municipales, Consejos de Participación Municipales, Mesas Intersectoriales de Salud, etc.

Recomendación de activos / Prescripción social

Término adaptado del concepto inglés “Social prescribing”. Hace referencia a la recomendación de activos para la salud y actividades comunitarias vinculadas a la salud y bienestar de la comunidad de forma individual dentro del proceso de atención en consulta sanitaria y normalmente ejercido por parte de un profesional sanitario: medicina familiar y comunitaria, enfermería familiar y comunitaria y trabajo social sanitario²³.

2. INTRODUCCIÓN

La salud y el bienestar de una población dependen de las condiciones sociales, económicas, ambientales, culturales, geográficas, educativas y sanitarias del lugar en el que vive dicha población. El grado de cohesión social, la existencia o no de determinados recursos, cómo se utilizan los mismos y en qué grado están conectados son elementos que también influyen en esta salud poblacional. Así pues, el desarrollo y protagonismo de diferentes actores a nivel local tiene un peso específico influyendo no sólo en los determinantes relacionados con el Sistema Sanitario, sino también en aspectos socioeconómicos y ambientales que pueden tener un impacto importante en los resultados de salud de la población.

Las corporaciones locales son por tanto actores clave por la capacidad que tienen para incorporar la Salud en todas las Políticas en todas las actuaciones con un impacto directo e indirecto sobre el entorno y las condiciones de vida más próximas a la ciudadanía.

Por otro lado, la participación de la población en las decisiones sobre su salud tanto a nivel individual como colectivo, es un elemento que en sí mismo determina un alto nivel de bienestar y salud en la comunidad.

Otro elemento clave para generar buena salud y hacerlo de forma eficiente es la co-producción en salud, esto es, el trabajo intersectorial de los diferentes agentes locales de salud: aportando recursos, influyendo cada uno en las condiciones de salud, haciéndolo de forma organizada y coordinada y con objetivos comunes de salud (Buck. King's Fund, 2013).

En Asturias existen diferentes espacios de coordinación y participación en salud en sus municipios ligados principalmente al ámbito municipal o sanitario. Son grupos de agentes clave –personas con gran

conocimiento de la situación de la comunidad y capacidad de movilizar dicha población vinculados a acciones que mejoran su salud en un sentido amplio de bienestar- provenientes de diferentes ámbitos tales como asociativo, sanitario, municipal o educativo que se reúnen para desarrollar acciones que traten de mejorar ese bienestar de la comunidad de forma participativa.

Dada esta multiplicidad de acciones, en ocasiones se produce cierta fragmentación en el trabajo que desarrollamos en el territorio ocasionada tanto por la existencia de espacios de participación duplicados sin conexión entre ellos como por la falta de coordinación entre los diferentes ámbitos que actúan en un mismo territorio, impidiendo de esta manera alcanzar los logros previstos y dificultando la sostenibilidad del proyecto a medio y largo plazo.

Estos espacios de participación en su mayor parte se encuentran regulados normativamente, lo que por una parte puede suponer una oportunidad para su puesta en marcha, si bien es cierto que en ocasiones dificulta la flexibilidad implícita a la participación. La utilización de un lenguaje común y el establecimiento de objetivos comunes entre los diversos agentes implicados son puntos a tener en cuenta para que la participación pase a un nivel superior al formulismo (consulta), escalón en el que se encuentran numerosos espacios.

Otra dificultad importante dentro del funcionamiento de estos grupos la constituye el excesivo retraso en pasar a la acción. Tardar en comenzar a actuar y generar cambios produce cierto agotamiento colectivo. Utilizar habitualmente procedimientos normalizados a la hora de priorizar las actividades y lanzar proyectos al territorio o evaluar nuestras intervenciones supone otro factor a tener en cuenta.

Con el objetivo de trabajar juntos en este escenario consideramos importante tratar de diseñar **un marco teórico y práctico de actuación inclusivo consensuado por todos los agentes que trabajan en el ámbito local que sintetice los distintos modelos y coordine mejor las actuaciones existentes**. La propuesta de marco teórico que hacemos engloba diferentes aspectos comunes a la promoción de la salud, a la orientación hacia los determinantes de la salud, a la perspectiva de equidad y participación y al trabajo desde una metodología de activos para la salud.

Se trata por tanto de una guía metodológica abierta dirigida a orientar a todo agente comunitario de cualquier ámbito que quiera iniciar o reconducir procesos intersectoriales participativos en un territorio, es decir, trabajar en el territorio con una perspectiva de **Salud Comunitaria basada en activos**.

Desde este modelo de trabajo se parte de una visión de la promoción de la salud en la que un elemento vital es la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan tomar decisiones saludables y sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad, ejerciendo un protagonismo importante aquellos sectores no sanitarios, con la utilización de metodologías basadas en conocimiento científico – para el análisis, priorización, intervención y evaluación- y reforzando y dinamizando los propios recursos/activos para la salud existentes a nivel local.

El marco de actuación propuesto se basa en la secuencia de trabajo de la Guía de Asturias Actúa en Salud (Observatorio de Salud en Asturias, 2012)²⁴ adaptada a su vez del modelo de intervención de los Roadmaps de los County Health Rankings²⁵, con

elementos comunes con ciclos de intervención comunitaria de diferentes propuestas de intervención comunitaria de nuestro contexto (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la semFYC, Instituto Marco Marchioni...) o con el modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (DCBA)²⁶.

Asimismo, la presente Guía ha tomado como referencia la “Propuesta de metodología para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria” del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Nuestro agradecimiento al Grupo de trabajo de Salud Comunitaria por habernos facilitado el borrador de la misma.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Determinantes de la salud y desigualdades sociales

Como comentamos, el estado de salud de las personas y poblaciones viene determinado por una serie de factores y circunstancias que les rodean durante su vida.

Estudios pioneros en investigar la relación existente entre el contexto socio-económico (ya sea a nivel macro, meso o micro) y la salud de una población surgen alrededor de mitad del siglo XIX, concretamente en 1845 cuando **Engels** publica su famoso ensayo sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra, donde analiza las condiciones de salubridad de los barrios obreros relacionándolas con indicadores de natalidad, morbilidad y mortalidad. Poco después (1897), **Emile Durkheim** publicaría su también célebre obra sobre el suicidio (*Le suicide. Étude de sociologie*) en el que analiza la evolución en el tiempo de la tasa anual de suicidios de diferentes países europeos, relacionándola con acontecimientos como guerras, depresiones económicas o fenómenos culturales como la religión dominante en las diferentes comunidades. Ambos estudios se convertirán en referencia histórica para la epidemiología de base social.

Pero aunque muchos sociólogos y reformadores sociales clásicos abordaron durante el s. XIX el tema de la salud y su relación con las condiciones de vida y trabajo, ignoraron la medicina como institución social (**Duarte Nunes**, E., p. 315)²⁷ y será un médico, **Charles McIntire**, en el seno de una asociación médica (la Academia Americana de Medicina), quien reivindique la “medicina social” como campo específico de conocimiento, acuñando por primera vez el concepto de “**sociología médica**” en 1894 en el artículo “The importance of the study of medical sociology”²⁸.

Pese a estos antecedentes, la promoción de la salud basada en la actuación sobre los factores socioeconómicos y del entorno físico para mejorar la salud de la población no se incorporará a la práctica de la salud pública hasta los años 70 gracias a dos hitos teóricos que transformarían la forma de pensar y de actuar en política de salud pública. Son el conocido «**Informe Lalonde**»²⁹ de 1974 realizado por Marc Lalonde, entonces Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, y la **tesis de Thomas McKeown** publicada en 1976³⁰ sobre los factores que más influencia han tenido en la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida en la población de Inglaterra.

Ambos establecieron la existencia de una serie de “factores determinantes de la salud” de la población además de los servicios médicos y la salud pública tradicionales, abriendo el campo de actuación a otros entornos y a otros actores, lo que acabaría dando lugar al concepto de “salud en todas las políticas”.

El **Informe Lalonde** está considerado como el “primer documento de un gobierno del mundo occidental moderno en reconocer que si queremos mejorar la salud de la población tenemos que mirar más allá del sistema tradicional de atención de salud (el cuidado de las personas enfermas)”. Demuestra que el campo de actuación de la salud se divide en cuatro grandes “ámbitos interdependientes de actuación que influyen o determinan la salud de los individuos y de las poblaciones”: biológico, ambiental, estilos de vida y sistemas de atención de salud.

Pese a las lógicas aportaciones del informe Lalonde hay que tener en cuenta, como señala Andreu Segura, sus aportaciones a una hipertrofia de la importancia de los estilos de vida versus las condiciones de vida. “La visión que más ha calado en el sistema sanitario es la de Marc Lalonde, inspirada en la aproxima-

ción voluntariamente reduccionista de Laframboise. Visión explicativa, pero que condujo a una medicalización de los estilos de vida por parte del sistema sanitario, con el consiguiente encarecimiento y, por desgracia, con muy poca repercusión en las conductas saludables, en su caso incluso a costa de incrementar las desigualdades. El modelo apenas aborda una reflexión profunda sobre la importancia de los determinantes sociales en la salud, las condiciones de vida, y se queda en la superficie, en el abordaje de los estilos de vida”.

Como indicamos anteriormente, otro hito teórico que transformó la forma de pensar y de actuar en política de salud pública fue la tesis de **Thomas McKeown** según la cual el aumento en la esperanza de vida que se produce en Inglaterra a partir del siglo XVII es producto fundamentalmente de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas gracias al aumento generalizado del nivel de vida y la mejora nutricional que refuerza la resistencia a la enfermedad de la mayor parte de la población, jugando en ese cambio demográfico un papel marginal el desarrollo de las intervenciones médicas curativas o las reformas sanitarias entre otros.

Por tanto en la salud y bienestar de la comunidad influyen numerosos factores. Además de los propios condicionantes biológicos, se encuentran las actuaciones del sistema sanitario y también otros con incluso un mayor peso específico como los estilos de vida, los determinantes socioeconómicos o las condiciones medioambientales en las que vivimos.

Existen diversos modelos teóricos que estudian estos determinantes de la salud. Uno de los más destacados es el desarrollado por **Dahlgren y Whitehead** en 1991³¹. Sus autores afirman que los determinantes

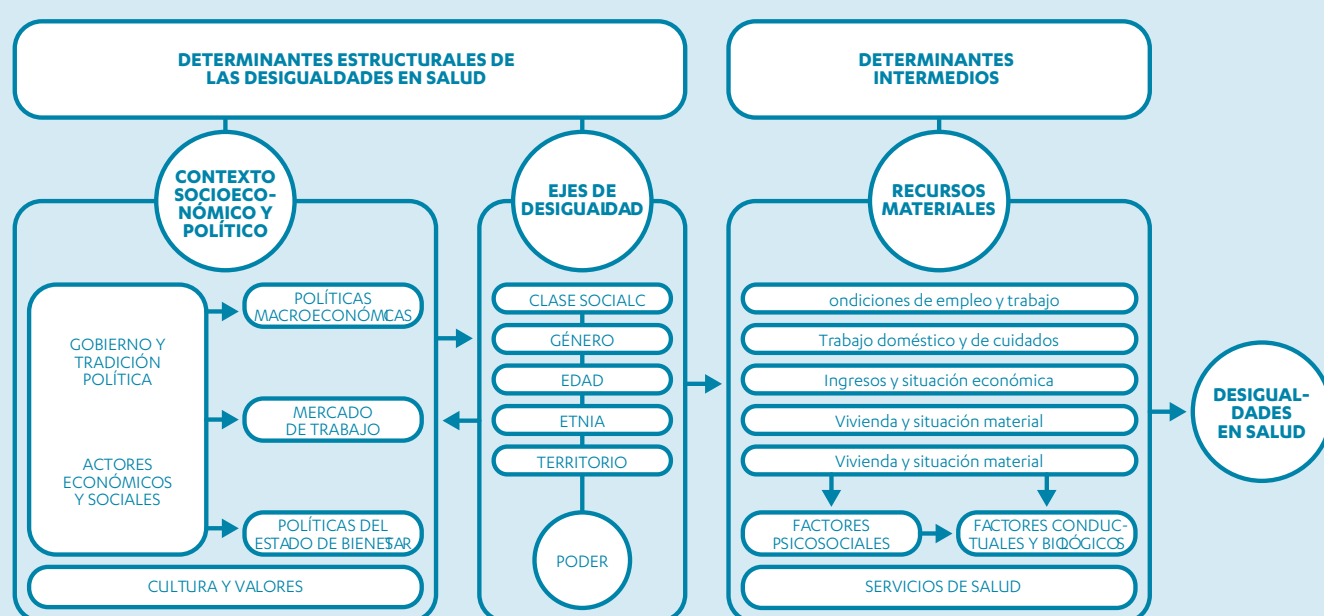
conforman capas de influencia. Por tanto, la edad, sexo y constitución de la persona, factores invariables, están influenciados por factores que pueden ser modificados por la acción política. La primera capa la conforman los estilos de vida del individuo (actividad física, consumo de tabaco...). La siguiente capa son las redes sociales y comunitarias, seguida de la influencia de las condiciones de vida y laborales para mantener la salud, finalizando con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de la sociedad. Dicho modelo plantea que las inequidades en salud son resultado de la interacción de diversos niveles de determinantes, desde individuales hasta de las comunidades, influyendo las capas más externas sobre aquellas que se encuentran por debajo.

Además de los estudios citados, la revitalización del modelo de determinantes sociales y el estudio de las desigualdades bebe también del Informe Black (1980)³² y de los trabajos, entre otros, de Marmot y Wilkinson³³, Lesley Doyal³⁴, Vinçenc Navarro³⁵ y Nancy Krieguer³⁶. Así mismo, es preciso tener muy en cuenta los estudios de Geoffrey Rose³⁷ y su aproximación para entender las diferencias entre las intervenciones a nivel individual y las intervenciones a nivel poblacional.

En nuestro contexto, para el análisis de las diferencias en salud injustas y evitables utilizamos como referencia el Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud elaborado por la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España en el año 2010¹⁰. Este grupo de trabajo elaboró una propuesta teórica basada en trabajos previos desarrollados por Solar e Irwin⁹ y Navarro³⁵.

En la página siguiente,
Figura 1.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales.



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010).

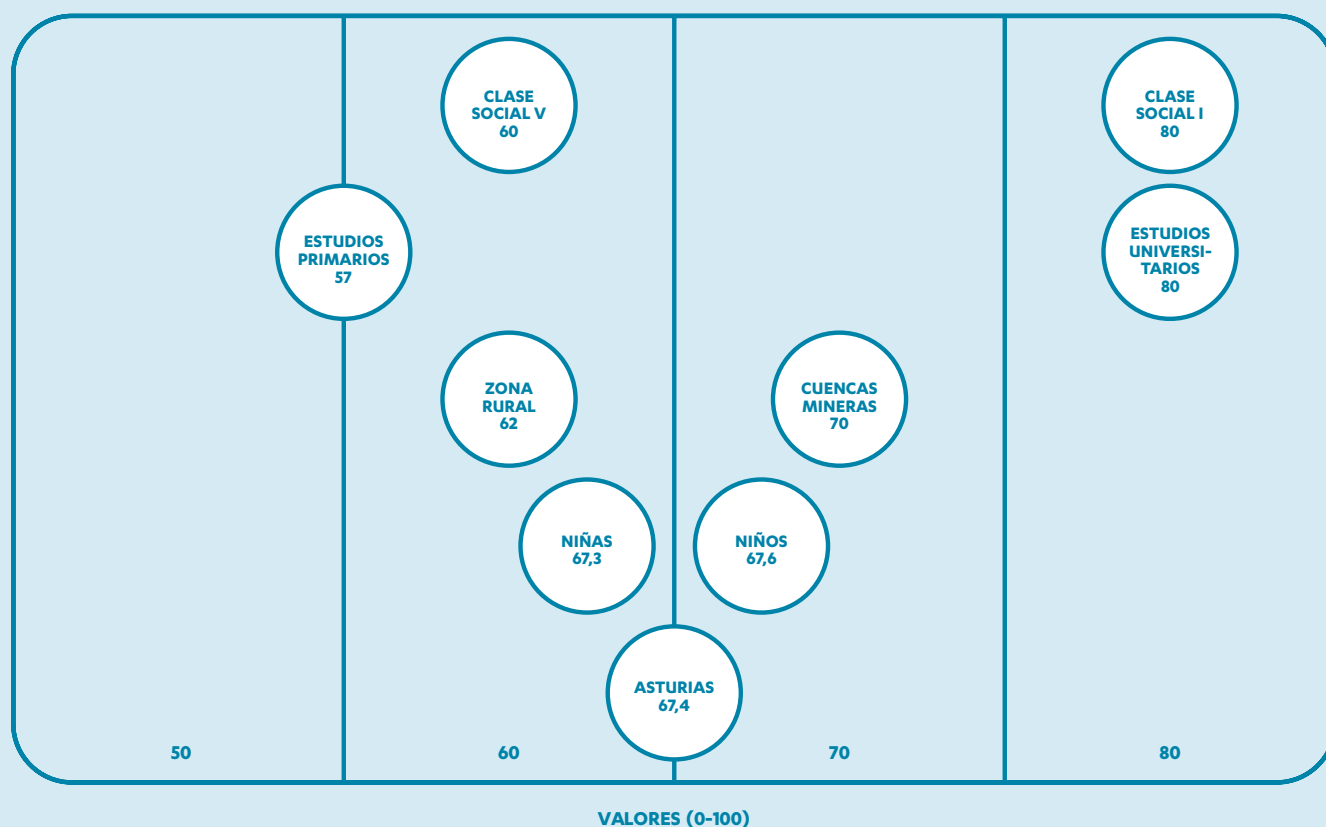
El modelo muestra la influencia de los factores estructurales sobre los determinantes intermedios y éstos a su vez sobre las desigualdades en salud. Los factores estructurales incluyen tanto el contexto socioeconómico y político como los ejes de desigualdad que determinan las jerarquías de poder en la sociedad. Entre dichos ejes, relacionados transversalmente entre sí, se encuentran: el género -las desigualdades en salud injustas y evitables entre hombres y mujeres, siendo referencia en su estudio la antes mencionada Lesley Doyal^[34, 38, 39]-, las desigualdades vinculadas a la clase social a la que se pertenezca, las diferencias en salud en función de la edad en niños, ancianos..., diferencias en relación a

la etnia a la que se pertenezca y finalmente las vinculadas al territorio en el que se viva.

A continuación referenciamos dos ejemplos explicativos con datos de Asturias.

1. En relación con la influencia en la exposición al humo del tabaco en niños/as en función de diferentes determinantes estructurales (con datos de la Encuesta de Salud Infantil, Asturias, 2009). Puede observarse en la **Figura 2** que las mayores probabilidades de exposición están en aquellos niños y niñas que viven en entorno rural, en familias con estudios primarios y de clases sociales más bajas⁴⁰.

Figura 2. Exposición al humo de tabaco en niños y niñas asturianos (nunca han recibido exposición al humo del tabaco) en función de determinantes estructurales.

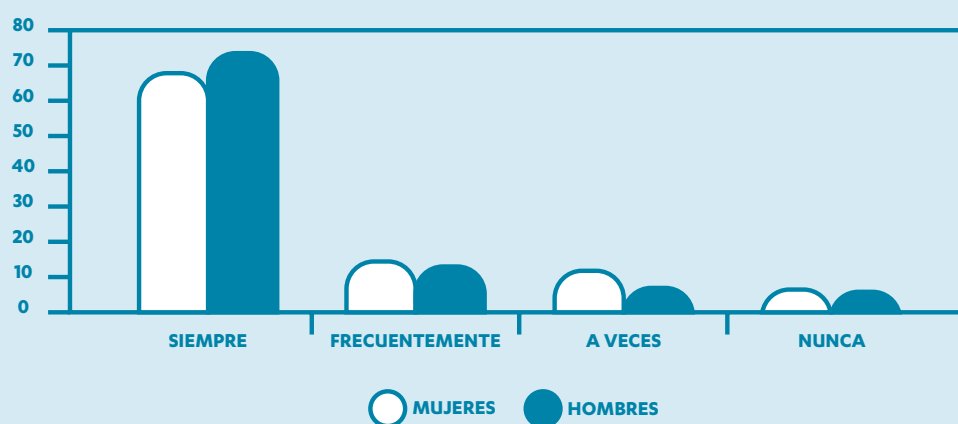


Fuente: Margolles M, Donate I. Dirección General de Salud Pública Asturias. Encuesta de Salud Infantil Asturias 2009. (2009)³⁹.

2. El segundo ejemplo está relacionado con las desigualdades de género. En el informe sobre la situación de mujeres y hombres en Asturias (Instituto Asturiano de la Mujer, 2015)⁴¹, se señala que las mujeres consideran menos satisfactoria su vida social, cuentan con menos apoyos y con menos “tiempo propio”. **Figuras 3 y 4.**

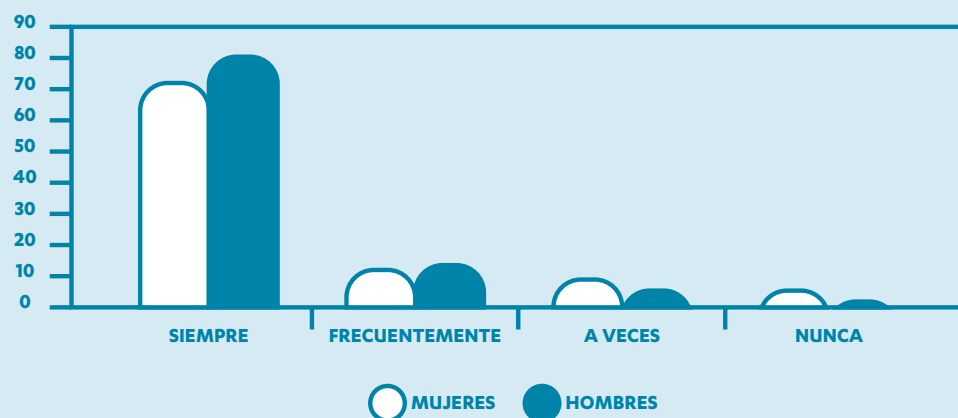
En la página siguiente,
Figuras 3 y 4.

Figura 3. Recepción de ayuda para cuidados, recados, etc. en el último mes. Mujeres y hombres (30 – 44 años). Asturias ESA 2012.



Fuente: Uría, M. Instituto Asturiano de la Mujer. Informe sobre la situación de mujeres y hombres en Asturias 2015 a partir de la Encuesta de Salud para Asturias 2012 (2015).

Figura 4. Tiempo propio según sexo. Asturias ESA 2012.



Fuente: Uría, M. Instituto Asturiano de la Mujer. Informe sobre la situación de mujeres y hombres en Asturias 2015 a partir de la Encuesta de Salud para Asturias 2012 (2015).

Por todo ello, los diferentes autores y autoras citados enmarcan una nueva aproximación a la salud pública destacando una visión individual, importante, pero sobre todo reseñando la importancia de la dimensión poblacional:

- La personal o individual, destacando la necesidad de que las personas se responsabilicen de sus comportamientos para mejorar su salud.
- La de las comunidades y los entornos, destacando el impacto que para la salud de las personas y de las poblaciones tienen aspectos como los hábitos sociales relacionados con la conducta (tradiciones y costumbres alimentarias, de consumo de alcohol y tabaco, de actividad física, etc.), el urbanismo, el medioambiente, el transporte, los recursos naturales, las infraestructuras y recursos educativos, culturales, deportivos, recreativos...

3.2. Promoción de la salud y salutogénesis

La finalidad de la promoción de la salud es facilitar a las personas estrategias que permitan incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Durante los años 70 como mencionamos anteriormente se comienzan a tener en cuenta los determinantes de la salud incorporando de una manera más explícita las estrategias de promoción de la salud como una de las principales líneas de actuación a desarrollar por parte de las políticas de salud pública.

En la **Declaración de Alma-Ata** de 1978⁴², elaborada durante la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y organizada por la OMS y UNICEF, se establece la Atención Primaria de Salud como la clave para lograr la **“Salud para todos en el año 2000”**, es

decir, dar a todos los pueblos del mundo un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Las principales estrategias en las que se basa y que se vinculan a la labor que se viene realizando en terreno actualmente en Asturias son la participación de la ciudadanía, la multisectorialidad y el trabajo en equipo a través de los principios de autorresponsabilidad, movilización global, desarrollo y justicia social.

Posteriormente, en 1986 durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud se elabora la **Carta de Ottawa**⁴³, documento de la OMS dirigido a la consecución de ese objetivo de “Salud para todos en el año 2000” en respuesta a la nueva tendencia hacia un enfoque positivo de la salud pública que se estaba generando.

En la Carta se indican cinco áreas de acción prioritarias que implica la participación activa en la promoción de la salud, áreas que sientan la base del trabajo y las estrategias desarrolladas en Asturias:

- Elaboración de una política pública saludable.
- Creación de ambientes favorables.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de las aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

Por otra parte es imprescindible destacar la figura del médico-sociólogo **Aaron Antonovsky**, quien en el año 1987 llevó a cabo la presentación de su trabajo *Unraveling the Mysteries of Health*⁴⁴. En él aborda los resultados de los estudios realizados con un grupo de mujeres que habían sobrevivido a los campos de concentración nazis que, a pesar de los importantes acontecimientos estresores a los que habían sido sometidas, mantenían una buena percepción de su salud mental. A partir de dicho trabajo desarrolló conceptos de gran importancia dentro del campo de la salud pública y la promoción de la salud.

Podríamos destacar al menos dos de los elementos más influyentes de Antonovsky:

- La Teoría de la salutogénesis⁴⁵, centrada en la identificación de aquello que genera salud en lugar de lo que produce enfermedad, dando un giro hacia un modelo de salud en positivo.
- El desarrollo de diversos conceptos como:
 - **Recursos Generales de Resistencia:** factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan a la persona construir experiencias en la vida percibidas como consistentes, coherentes y estructuradas.
 - **Sentido de la Coherencia (SOC)**, es decir, la capacidad para utilizar dichos recursos. Compuesto por:
 - Comprensibilidad: capacidad para entender lo que pasa.
 - Manejabilidad: visión de las propias habilidades para manejarlo.
 - Significancia: capacidad para convertir lo que se hace en satisfactorio y con significado para la propia vida.

Estos fueron los primeros trabajos experimentales que permitieron abordar y cuantificar el efecto de las nuevas concepciones de la salud y su impacto en la población.

Eriksson y Lindström realizaron la representación gráfica de la metáfora del **río de la vida**⁴⁶ de Antonovsky. En ella se compara la visión patogénica con la perspectiva salutogénica y se muestra el desarrollo de la Salud Pública hacia la Promoción de la Salud, con personas activas y responsables que sacan partido a las situaciones que mejoran su SOC y su

calidad de vida y generan salud. Desde un punto de vista patogénico la vida es un río embravecido que finaliza en una cascada, la muerte, por lo que se debe tratar de salvar a las personas con diversos mecanismos. Sin embargo, en el modelo salutogénico el agua fluye horizontalmente en el río aunque exista la cascada. Cada persona nace y nada más o menos cerca de la cascada en la que finaliza un río lleno de riesgos pero también de recursos, siendo la finalidad del trascurso por el mismo la capacidad de identificar y utilizar dichos recursos.

3.3. Salud comunitaria y activos para la salud

La salud de una comunidad, que cuenta con ciertos recursos de personas, lugares u organizaciones para promover su salud y expresa ciertas necesidades y demandas, se encuentra determinada por los determinantes sociales de la salud como se ha dicho más arriba.

Los recursos reconocidos por la comunidad como riquezas para mantener y mejorar su bienestar, activos para la salud, se pueden categorizar de diversas formas. Pueden dividirse en varios niveles:

- Activos de los individuos. Lo que aportan a nivel individual para mejorar la comunidad.
- Activos de las asociaciones. Grupos formales e informales.
- Activos de las organizaciones. Servicios sociales, educativos, sanitarios...
- Activos físicos. Espacios verdes, edificios...
- Activos económicos. Negocios, empresas, comercios locales...

- Activos culturales. Talentos locales que reflejen su identidad y valores: música, teatro...

Otra forma más intuitiva de clasificarlos sería por áreas temáticas como las diversas categorías que aparecen en el buscador de actuaciones comunitarias de Asturias Actúa en Salud (ejemplo: mujer, actividad física, etc.).

La propuesta de marco teórico-práctico incorporará por tanto la identificación de los activos de la comunidad mediante una metodología de mapeo de activos junto al análisis de la situación de salud, ideando en base a ello acciones que puedan mejorar el bienestar aprovechando los recursos existentes.

Este enfoque incorpora el modelo de **Desarrollo Comunitario Basado en Activos** (DCBA) de **Kretzman y McKnight**²⁶, identificando las capacidades de la comunidad para emplearlas como parte de un proceso de empoderamiento y participación. Estos autores desarrollan una propuesta de trabajo comunitario en el campo de la promoción de la salud a partir del concepto de capital social -grado de cohesión social que existe en las comunidades; procesos entre personas que establecen redes, normas y compromisos sociales y facilitan la coordinación y cooperación para su beneficio mutuo- y lo sistematizan en el desarrollo de intervenciones comunitarias basadas en las capacidades y los recursos de los individuos y poblaciones en las que se insertan.

Actualmente existe un proceso de incorporación del modelo de activos en la práctica de la promoción de la salud a partir de las propuestas de diferentes autores (Morgan, Hernán, Ziglio)^{2, 3, 47} y de incorporación de dicha perspectiva en el trabajo de diferentes intervenciones comunitarias de nuestro país.

3.4. Intersectorialidad y Salud en todas las Políticas

En todo proceso comunitario la colaboración intersectorial es fundamental, dándose tanto a nivel macro como meso y micro. Dicha relación entre diversos sectores tiene como objetivo lograr mejorar la salud y bienestar de la comunidad⁷.

A nivel macro su importancia se ve reflejada en la Salud en todas las Políticas. A nivel micro es fundamental en los Sistemas de Gobernanza Local en Salud, ya que los determinantes de la salud son abordados por los diversos agentes comunitarios implicados en las estructuras de participación en salud del territorio, siendo la participación de la ciudadanía el elemento clave en este proceso^{7, 14}. Destacan como agentes comunitarios:

- La ciudadanía, a través tanto de movimientos organizados como informales.
- Recursos profesionales y técnicos de diversos ámbitos que permiten la participación de la ciudadanía: municipales, sanitarios, educativos...
- La administración local (instituciones).

El término Salud en todas las Políticas fue acuñado en 2006. Está vinculado a una estrategia política transversal basada en el modelo conceptual de los determinantes sociales de salud⁴⁸. Implica la sensibilización de los responsables políticos sobre los efectos de sus decisiones en los determinantes de la salud y la propuesta de acciones políticas para optimizar los resultados en salud⁴⁹.

La **Declaración de Adelaida**⁵⁰ sobre la Salud en todas las Políticas es fundamental de cara a comprender las posibilidades de acción de los diversos ámbitos de los

que parten las estructuras de participación en el ámbito local. Aboga por la incorporación de la Salud en todas las Políticas con un enfoque intersectorial en los diversos niveles de gobierno, tanto local como regional y nacional, incorporando todos los sectores (obras públicas, urbanismo, transporte, industria, educación...) la salud / bienestar y equidad como componentes esenciales de la formulación de sus políticas.

En esta línea es imprescindible mencionar también la Declaración de Helsinki⁵¹ de 2013 donde se dio el impulso definitivo al enfoque de Salud en todas las Políticas.

Así pues, las corporaciones municipales, de las que dependen las políticas locales, tienen una mayor capacidad de actuación en el bienestar y salud de la comunidad que otros sectores y ámbitos como el sanitario, asociativo...

3.5. Participación comunitaria en salud

La participación es un elemento clave en la definición de la salud comunitaria.

Las personas deben ser el centro de la promoción de la salud y, por tanto, de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La alfabetización en salud, el empoderamiento para la salud, la salud comunitaria y la perspectiva de activos fomentan la participación ciudadana en salud y no podrían entenderse sin ella. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud y la comunidad, por tanto, se tiene que organizar asumiendo obligaciones y responsabilidades y manteniendo vías de comunicación entre autoridades y población.

Las **características** de la participación en procesos comunitarios son⁵⁴:

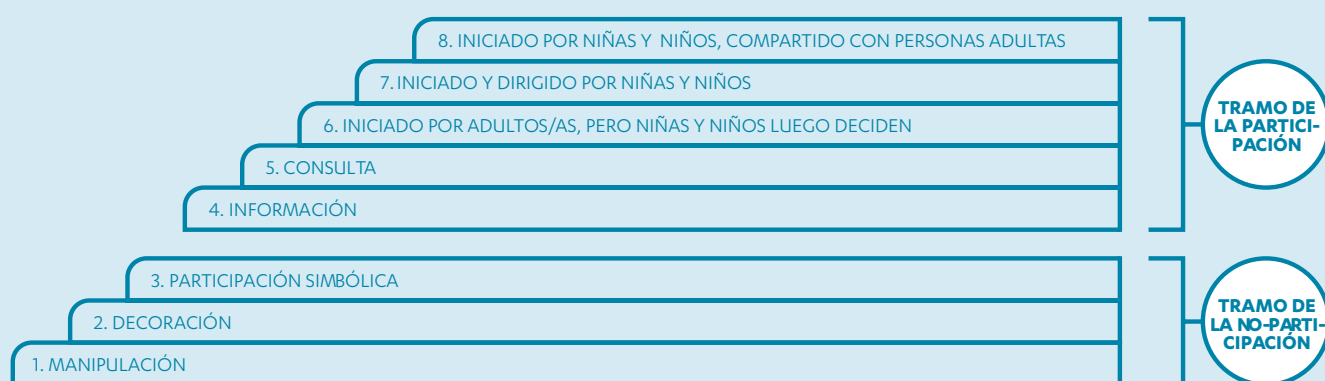
- Activa. Para que la participación sea real la población debe ser parte activa y protagonista de todo el proceso comunitario que se inicie de cara a la mejora del bienestar de la comunidad en todas sus fases, desde el diseño y análisis de situación hasta su puesta en marcha y evaluación.
- Consciente. De los problemas que transforma en necesidades a solucionar.
- Responsable. Comprometida con sus derechos y responsabilidades.
- Deliberada y libre. Voluntariamente, con autonomía y tareas propias.
- Organizada. Objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario.
- Sostenida. No es una acción puntual, se mantiene el proceso en el tiempo.

De cara a determinar si se están promoviendo procesos de participación verdaderos o si son simbólicos y aparentes, tomaremos como referencia la **Escalera de participación infantil de Roger Hart**⁵². Su uso es extendido para valorar la participación de población general. Dicha escalera muestra ocho escalones vinculados a la participación en los que puede encontrarse un proceso, estando los tres primeros en el tramo de no participación (real).

Sus ocho escalones son:

1. Participación manipulada. Utiliza a la población en acciones sin interés que no comprenden.
2. Participación decorativa. Se incorpora a la población para animar determinada actividad.
3. Participación simbólica. La participación es sólo aparente.
4. Participación de asignados pero informados. Designados pero se les informa de la actividad.
5. Participación con información y consulta. Se informa y consulta a la población sobre su participación y ella decide.
6. Participación en ideas de agentes externos compartidas con la población. La acción es pensada por agentes externos, pero la población se incorpora en pensar y aportar para la acción a realizar.
7. Participación en acciones pensadas y ejecutadas por la propia población. La acción se gesta en la propia población y es ejecutada por ellos, sin relación con agentes externos.
8. Participación en acciones pensadas por la propia población y que han sido compartidas con agentes externos de desarrollo. Último escalón de participación real, nivel superior.

Figura 5. Escalera de participación infantil de Hart.



Fuente: Hart RA. Children's participation From Tokenism to citizenship (1992).

3.6. Sistemas de Gobernanza Local en Salud

Nuestra propuesta es emplear el término Sistemas de Gobernanza Local en Salud en esta guía.

El Sistema de Gobernanza Local en Salud es un proceso de toma de decisiones vinculadas al bienestar y la salud de la comunidad compuesto por agentes clave de la misma (asociaciones, técnicos municipales, ayuntamiento, colegios e institutos, atención primaria, salud pública...).

Así pues, podríamos decir que los **Sistemas de Gobernanza Local en Salud** constituyen un proceso de trabajo que abre un espacio común, un grupo intersectorial de agentes de la comunidad, tanto sanitarios como no sanitarios, dirigido al análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades de salud.

La intersectorialidad por tanto sería una característica del Sistema de Gobernanza Local en Salud, siendo el eje central la participación de la ciudadanía. Todos los sectores trabajan juntos analizando necesidades y recursos y plantean una meta común con objetivos y acciones a realizar por cada ámbito en la medida de sus posibilidades. El Sistema de Gobernanza Local en Salud no se trata de un órgano ejecutivo como tal, siendo necesario el apoyo de las diferentes entidades que forman parte del Sistema de Gobernanza Local para abordar determinadas necesidades identificadas.

Los Sistemas de Gobernanza Local en Salud comparan una serie de *aspectos transversales*:

- Delimitación geográfica o administrativa coherente.
- Representatividad social.

- Intersectorialidad.
- Participación ciudadana.
- Liderazgo comunitario.
- Comprensión sistémica de la realidad social en la que trabajan.
- Proceso comunitario de toma de decisiones.
- Orientado hacia los determinantes de la salud y con perspectiva de equidad.

Algunas referencias en el marco de los Sistemas de Gobernanza Local son:

- La **Red Integrada de Servicios Sanitarios de la Organización Panamericana de la Salud**⁵³. Iniciativa de la OPS/OMS desarrollada en el marco de la renovación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas. Entre sus objetivos se encuentra apoyar a los formuladores de políticas, los gestores y a los prestadores de servicios de salud en el desarrollo e implementación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Un elemento clave que define es la Gobernanza y estrategia con un sistema de gobernanza único para toda la red, participación social amplia y la acción intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.
- **Red Local de Acción en Salud en Andalucía (Proyecto RELAS)**⁵⁴. Este proyecto de liderazgo municipal implantado en más de 100 Ayuntamientos andaluces nace en el marco de la nueva salud pública con el objetivo de “concretar una Estrategia de acción local capaz de dar respuesta a los problemas de salud pública de la zona mediante acciones colectivas de funcionamiento en Red”. Se realiza a través del diálogo y gestión conjunta con los gobiernos locales de cara a la elaboración de un Plan Local de Salud con la participación de los agentes comunitarios en el diagnóstico, priorización y ejecución de acciones.

- **Red Local de Salud en País Vasco**⁴. Estas Redes Locales de Salud se crean mediante foros de participación locales y gracias a la participación activa de la ciudadanía, de las administraciones y de los recursos profesionales y técnicos. Este modelo de trabajo permite analizar los problemas con diversas ópticas de cara a obtener un mejor diagnóstico y soluciones más eficientes. Igualmente, permite situar la política y las acciones de salud en el escenario más cercano a la población. Por su parte, el desarrollo comunitario

contribuye al empoderamiento de las personas al mejorar la comunicación entre distintos grupos rompiendo barreras dentro de la comunidad. Asimismo, ayuda a las personas a adquirir nuevos conocimientos, capacitándolas para identificar y resolver sus propios problemas e identificar sus propios recursos y fortalezas. A su vez, la red se encuentra contextualizada en la comunidad en un sentido más amplio y en su núcleo normalmente cuenta con un grupo con mayor grado de actividad y responsabilidad.

4. CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL

4.1. Nacional

En lo que a Promoción de la Salud se refiere, la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**⁵⁵ establece en su Artículo 6 que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias “estarán orientadas a la promoción de la salud, a promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante una adecuada educación sanitaria de la población, a garantizar que cuantas actuaciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de enfermedades y no sólo a la curación de las mismas, y a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdidas de la salud”.

Por otra parte, la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**⁵⁶ en su Artículo 16 establece que “la promoción de salud incluirá acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva”.

En cuanto a la participación, la misma Ley General de Salud Pública en su Artículo 5 reconoce como un *derecho* de la ciudadanía la *participación* efectiva en las actuaciones en Salud Pública estableciendo las Administraciones públicas competentes los cauces para hacerlo efectivo. La participación ciudadana vuelve a contemplarse en el Artículo 16 de Promoción de la Salud antes mencionado: “las Administraciones públicas competentes promoverán la participación efectiva en las actuaciones de promoción de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones sociales en que se agrupen o que lo representen”.

En lo que a salud comunitaria se refiere, es imprescindible citar la Alianza en Salud Comunitaria⁶, impulsada con liderazgo de Asturias a raíz de la Conferencia de Salud Comunitaria de 2011 organizada por

semFYC y SESPAS y con participación de la Dirección General de Salud Pública de nuestra Comunidad Autónoma. La Alianza supone un trabajo en red iniciado entre diferentes entidades e instituciones en el año 2012 con el objeto de profundizar y colaborar en el trabajo en salud comunitaria.

Dicha Alianza establece un acuerdo de colaboración formal en el año 2013 con la participación de las siguientes entidades: la Administración del Principado de Asturias a través de la Consejería de Sanidad (Dirección General de Salud Pública), la Universidad de Alicante, la Universitat de Girona, el Instituto Marco Marchioni, la Dirección General de Salud Pública de Aragón, la Agència de Salut Pública de Catalunya, la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Agència de Salut Pública de Barcelona, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Actualmente mantiene un proceso de trabajo abierto y se irán sumando otras nuevas entidades e instituciones.

En otra línea, diversos municipios asturianos se encuentran en este momento adheridos o bien en proceso de adhesión a la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS**⁵⁷ elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2013. Tras su adhesión, la implementación local de la Estrategia supone la puesta en marcha y desarrollo de dos acciones: la constitución de una mesa de coordinación intersectorial de salud y la identificación de recursos del municipio. Así pues, la adhesión a la Estrategia implica la generación en estos municipios de una estructura intersectorial de salud.

4.2. Principado de Asturias

La **Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias**⁵⁸, recoge en el Artículo 3 como Principios informadores la participación y la equidad. “Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria, en el control de la ejecución a los distintos niveles y en el desarrollo de aquellas actividades tendentes a elevar el nivel de salud de la comunidad/ Equidad y superación de las desigualdades territoriales y socio-económicas para la prestación de los servicios sanitarios”.

Dicha Ley regula en el Artículo 24 la composición y funciones de los **Consejos de Salud de Área**, estructuras de participación comunitaria de las Áreas Sanitarias, así como en su Artículo 28 de los **Consejos de Salud de Zona**, estructuras de las Zonas Básicas de Salud.

Asimismo, en 2006 fueron publicados los Decretos de regulación de la constitución y funcionamiento de los **Consejos de Salud de Zona y Área** respectivamente -**Decreto 2/2006, de 12 de enero**⁵⁹ y **Decreto 3/2006, de 12 de enero**⁶⁰ -.

En dicho Decreto se indican como funciones de un Consejo de Salud de Zona la de participar en la elaboración del diagnóstico de salud o en la determinación de los problemas prioritarios de salud, las necesidades específicas, la elaboración de las propuestas de mejora y proyectos de actuación o contribuir a acciones de promoción de la salud con enfoque comunitario entre otras.

Por otra parte, dada la heterogeneidad existente dentro del mapa sanitario actual vinculada a las estructuras de participación en los concejos, se debe destacar el **Decreto 66/2009, de 14 de julio**, por el

que se regula la **estructura y funcionamiento de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica**⁶¹ del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En su Artículo 3 se indican sus funciones en el ámbito de la atención comunitaria y Salud Pública, destacando el establecimiento de cauces de participación con asociaciones o movimientos sociales a través tanto del Consejo de Salud de Zona como del Consejo Municipal de Salud “Establecer cauces de participación con las diferentes asociaciones o movimientos sociales del área de influencia, a través del consejo de salud de la zona y del correspondiente consejo municipal de salud. Se establecerán cauces de participación a su vez con los responsables tanto de Salud Pública de cada Gerencia como los de los Programas de Consejería”. Finalmente mencionar la función de “integrar los distintos programas e intervenciones y actuaciones comunitarias de promoción de la salud y prevención priorizados desde la Consejería competente en materia de salud y servicios sanitarios en términos de eficacia, efectividad, eficiencia y seguridad, en la asistencia sanitaria propia de las unidades”.

En 2011 la Escuela Comunitaria de Salud (ESCO), vinculada al proyecto ciudadano “A Pie de Barrio”, elabora el **Estudio para la reforma de los Decretos reguladores de los Consejos de Salud del Principado de Asturias**⁶². En él se analiza el marco legal de la participación ciudadana, la situación actual y la perspectiva de los Decretos que regulan los Consejos de Salud, las dificultades y debilidades y presenta unas propuestas de contenido y normativas.

4.2.1. Planes y Estrategias de la Dirección General de Salud Pública de Asturias

Desde el año 1991, en el **Plan sobre Drogas del Principado de Asturias**⁶³, actualmente dependiente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería

de Sanidad, se vienen desarrollando acuerdos de colaboración y líneas estratégicas de subvención para la implementación de Planes y/o programas de prevención del consumo de drogas como acciones de intervención a ejecutar por las Entidades Locales. Dichos planteamientos suponen una herramienta ejecutiva de la política socio-sanitaria para dar la importancia que se merece y requiere la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, la acción en Promoción de la Salud en todos sus ámbitos (escolar, familiar, laboral...), la formación específica en la temática, etc.

El “**Plan de Salud para Asturias 2004 – 2007. La salud como horizonte**”⁶⁴ fue elaborado con dos objetivos claros: la equidad, buscando eliminar las diferencias evitables en el estado de salud en grupos de población definidos por género, estrato social, edad o procedencia geográfica, y la participación ciudadana, pasando la comunidad a ser la protagonista. El Plan cuenta con una serie de características: liderazgo, flexibilidad, orientado a resultados y basado en la responsabilidad, basado en la atención primaria orientada a la comunidad y apoyada por un sistema hospitalario flexible y eficaz y finalmente vinculado a las Estrategias de calidad de la Consejería.

En el año 2009 se ponen en marcha en la Dirección General de Salud Pública la **Estrategia de Participación Comunitaria en Salud**⁶⁵ y el **Observatorio de Salud en Asturias**^{66, 67} con dos proyectos íntimamente relacionados: la presentación de un informe de salud de benchmarking para los diferentes municipios (informe de rankings municipales) y la creación de una red de actividades comunitarias (Asturias Actúa en Salud).

En el año 2014 en Asturias se publica la **Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedad Crónica** que se imbrica desde una perspectiva amplia de

salud con las líneas de acción de la Estrategia de Promoción de la Salud en el documento **Personas Sanas, Poblaciones Sanas**⁴⁰. Dentro de esta estrategia se recogen diferentes acciones relacionadas con el desarrollo de espacios de participación comunitaria y la dinamización de activos comunitarios.

Algunos de los proyectos a destacar son:

- En la Línea Política 1 de Enfoque Poblacional se enmarca el Proyecto Estratégico 1 de **Sistemas de Gobernanza Local en Salud (SGLS)** con el objetivo de tratar de facilitar el desarrollo de procesos que mejoren la participación de la ciudadanía en cuestiones relativas a su salud a través de diferentes estructuras y grupos organizados facilitando lugares comunes de encuentro y reflexión entre organizaciones sanitarias, representantes municipales y diferentes agentes comunitarios clave y representantes de la ciudadanía. Durante el primer semestre de 2015 se llevó a cabo el pilotaje del proyecto, consolidándose paulatinamente. El Observatorio de Salud ha continuado con el apoyo a diferentes estructuras intersectoriales de participación en salud a través de diversas acciones de acompañamiento y formaciones puntuales solicitadas que se han traducido en el desarrollo de diversas iniciativas lideradas por los grupos locales para mejorar el bienestar de su comunidad.
- Dentro del Proyecto Estratégico 2 se destaca el **Observatorio de Salud en Asturias**, como proyecto marco a través del cual se potenció la Red Asturias Actúa en Salud junto a la Federación Asturiana de Concejos a través de su conexión con el programa informático OMI-AP y la mejora de su Aplicación móvil de cara a facilitar la información y el conocimiento acerca de los diferentes activos de salud que operan en los municipios asturianos.

-
- En la Línea Política 3 de Participación y Autonomía del Paciente se encuentra enmarcado el Proyecto Estratégico 10 de **Participación Ciudadana en Salud** vinculado a la Estrategia de Promoción de la Salud, así como el Proyecto Estratégico 11 de **Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as** vinculado en gran medida al desarrollo de actuaciones en el ámbito municipal.

Además de todo lo enumerado, durante este período, lógicamente se han desarrollado diferentes programas e intervenciones impulsados desde el ámbito local o desde los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y otras instituciones.

A modo de conclusión cabe destacar que los espacios de participación a nivel local están regulados por diversa normativa común a todos en su origen, si bien es cierto que su funcionamiento es muy variado.

5. MARCO DEL TRABAJO EN SALUD EN ASTURIAS

Desde finales de los años 70 se ha puesto énfasis en generar espacios de participación ciudadana en salud con mayor o menor éxito. Estos espacios de participación tienen diferentes denominaciones y organizaciones: consejos de salud de base sanitaria, consejos de salud municipales, consejos de salud ciudadanos, planes de desarrollo comunitario...

Actualmente en numerosos municipios asturianos pueden encontrarse estructuras de participación en salud impulsadas desde ámbito sanitario o no sanitario.

En algunos casos existen duplicidades, es decir, coexisten trabajando en paralelo estructuras procedentes de ambos ámbitos -incluso del mismo-, siendo sus integrantes los mismos agentes comunitarios generalmente, lo que supone una saturación de recursos innecesaria.

5.1. Ámbito sanitario

El mapa sanitario de Asturias en la actualidad se compone de **8 Áreas Sanitarias y 86 Zonas Básicas de Salud**, cuya distribución no es siempre concordante a la demarcación territorial de los municipios del Principado. Vinculadas a ellas existen dos tipos de estructuras de participación en salud impulsadas desde ámbito sanitario: los **Consejos de Salud de Área y Consejos de Salud de Zona** (Decretos 2/2006 de 12 de enero y 3/2006 de 12 de enero).

La puesta en marcha y el funcionamiento de ambas estructuras se ha desarrollado de modo heterogéneo en nuestra comunidad.

Sin menoscabo de las acciones realizadas desde el ámbito sanitario en los espacios regulados normativamente (Consejos de Salud), existen en la Comunidad Autónoma multitud de intervenciones comunitarias y locales que es necesario tener en consideración para engranarlas en un proyecto más global de trabajo intersectorial.

5.2. Ámbito municipal

Dentro del ámbito municipal se pueden encontrar diversas estructuras de participación en salud:

- Consejos Municipales de Salud.
- Mesas Intersectoriales de Salud. Generadas a raíz de la adhesión del municipio a la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud.
- Consejos Municipales de Participación.
- Consejos sectoriales de participación (algunos posibles: dirigidos a mujeres, mayores, infancia, deportes...).
- Consejos Asesores.

El nivel de participación dentro de las estructuras de coordinación en salud de ámbito municipal es también heterogéneo. Se realizan igualmente numerosas intervenciones vinculadas a la salud y bienestar de la comunidad a incorporar en el marco global de trabajo.

5.3. Ámbito comunitario

La participación ciudadana en salud es un elemento clave dentro de la promoción de la salud a nivel local. Su importancia es recogida en todas las iniciativas de Promoción de la Salud en Atención Primaria, en Hospitales Promotores de la Salud, en Escuelas promotoras de la salud y en la multitud de iniciativas municipales. Sin embargo, su desarrollo es desigual.

La parte comunitaria es la estructuralmente más débil y la que más dificultad presenta a la hora de sostener un esfuerzo continuado en el tiempo. La idea de ejercer el poder o de participar en el ejercicio de poder, aún en una esfera concreta como la Salud Pública, sigue considerándose ajena a la parte comunitaria y surgen problemas de equilibrio con las otras partes implicadas en el proceso. Las necesidades de crecimiento, el manejo de herramientas de Salud Pública y el proceso de empoderamiento real de la parte comunitaria es complejo y requiere tiempo y dedicación, aún más si cabe teniendo en cuenta que es necesario tratar de incluir a los sectores de población en desventaja social⁶⁸.

Aún sin encontrarse exentas de dificultades como comentamos, son muchas las experiencias ciudadanas que podemos reconocer en nuestra región y fuera de ella como procesos intersectoriales de intervención en promoción de salud a nivel local. Algunos ejemplos serían: el Proceso de Participación Ciudadana en Avilés con metodología Marchioni, Paraíso Abierto en Oviedo, la Escuela de Salud Comunitaria en Gijón, Imagina un Boulevard y Ventanielles Participa en el barrio ovetense de Ventanielles y los procesos de dinamización y participación vecinal impulsados en barrios del sur de Gijón (El Telar).

5.4. Elementos de reflexión

Algunos elementos de reflexión sobre la situación actual a nivel local y los espacios de participación local en salud son los siguientes:

1. En ocasiones a nivel local existen intervenciones desde diferentes ámbitos e instituciones locales, regionales y nacionales. Muchas veces la coordinación de los proyectos, la ejecución de los mismos o las financiaciones se solapan y se generan duplicidades e ineficiencias.
2. Es frecuente la llegada al territorio de diferentes proyectos sin coordinación entre ellos utilizando en ocasiones los mismos recursos humanos locales, lo que provoca una saturación de dichos recursos y dificulta la sostenibilidad de los proyectos.

Por ejemplo. La vía de entrada a trabajar con los municipios ahora mismo se puede desarrollar de diferentes formas: el trabajo que se viene realizando con los Planes Municipales de Drogas, la Escuela Municipal, el trabajo a partir de los datos del Observatorio o los proyectos que arrancan a raíz de la financiación del Ministerio y la Estrategia de Promoción de la Salud.

3. Como comentamos anteriormente, la regulación normativa de los espacios de participación puede suponer una oportunidad de cara a su obligado cumplimiento, si bien es cierto que a su vez puede generar inconvenientes al chocar esta rigidez con la flexibilidad implícita a la definición de los espacios de participación.
4. En ocasiones, como también indicamos más arriba, existen espacios de participación duplicados o sin conexión entre ellos. Es decir, un consejo de

salud coordinado desde un entorno sanitario puede que no esté conectado con otros espacios de participación existentes de ámbito no sanitario.

5. Los proyectos nacen con la idea de generar un espacio de participación e intervención estable en el tiempo. Tardar en llegar a la fase de acción por alargar las fases iniciales (Fases de Debate y Análisis) supone agotamiento y desánimo en los participantes.
6. Conceptualmente existe una confusión entre lo que es salud y sanidad. Por ejemplo muchas veces desde el ámbito municipal se considera que algunos temas como urbanismo, uso de espacios públicos o deportes no son temas relacionados con salud. También puede haber equívocos al considerar lo que es la participación en servicios sanitarios y la participación en salud/bienestar, dándose el caso de que Consejos de Salud coordinados desde ámbito sanitario se orientan a tratar necesidades vinculadas solamente al sistema sanitario sin un enfoque de los determinantes de la salud.
7. La participación en estos espacios debe situarse en los niveles altos siguiendo el esquema de la escalera de Hart⁵² trabajando juntos de forma coordinada. En cambio, dichos espacios de participación local en salud están en un nivel más bajo de esta escalera, siendo lugares para trasladar información, consultas o emitir quejas y reclamaciones.
8. En cuanto a la determinación de las actuaciones locales en salud, por un lado no se parte de un análisis de la situación de salud y bienestar de la comunidad participativo y suelen tenerse en cuenta una visión del déficit (problemas) y no de las riquezas de la comunidad (activos).
9. Algunas veces las formas de priorización y el porqué se decide comenzar un programa o determinadas

acciones u otras son múltiples, sin una metodología clara, variando las prioridades según legislaturas y cambios políticos o intereses grupales.

10. Tiene gran importancia la evaluación en los espacios de participación local en salud, tanto del proceso como de los resultados, sin embargo suele dejarse de lado. En esa línea, generalmente la evaluación de los programas implantados a nivel local se realiza de forma parcial sin tener en cuenta elementos de evaluación globales (evaluación de “mi programa” vs evaluar comprehensivamente las diferentes intervenciones en salud en el territorio).

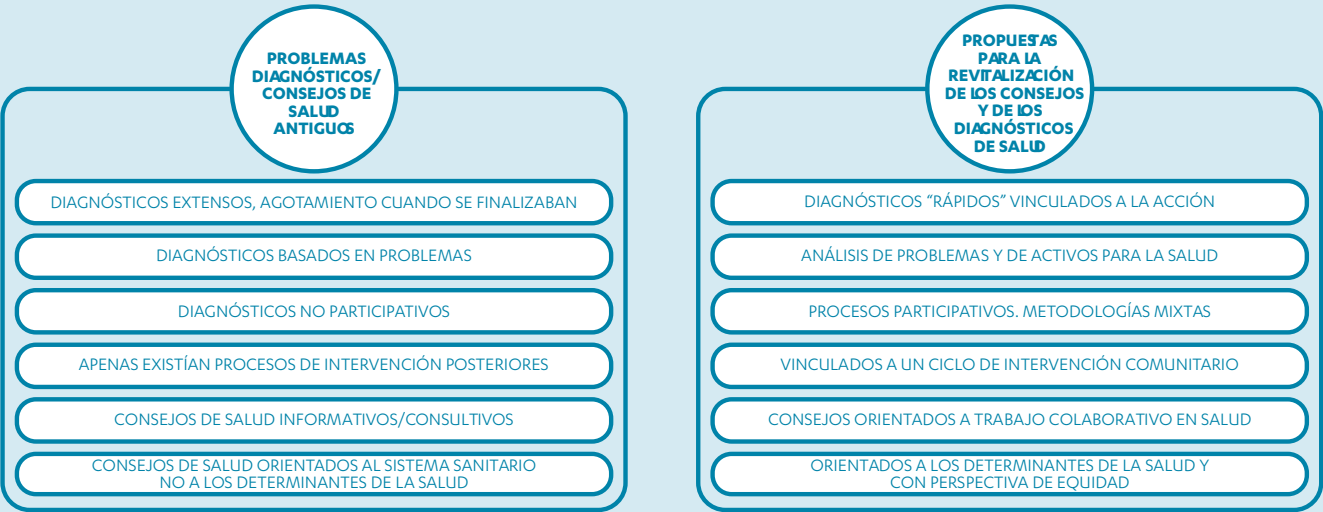
5.5. Propuestas de mejora

Con la elaboración de esta guía trataremos de aportar propuestas de mejora a algunos de estos puntos.

Se busca generar un marco único para los espacios de participación en salud vinculados a los tres ámbitos anteriormente descritos mediante su fusión y la revitalización o la generación de Sistemas de Gobernanza Local en Salud.

Tal y como se refleja en la Figura 8, la propuesta se orienta hacia la incorporación de los determinantes de la salud y la perspectiva de equidad con una participación real de la comunidad a través de un trabajo colaborativo en salud. Se aboga por diagnósticos participativos rápidos vinculados a un ciclo de intervención comunitario a los que se incorpora un análisis de los activos para la salud además de las necesidades mediante metodologías mixtas.

Figura 6. Propuesta de revitalización de estructuras intersectoriales de participación en salud.



Fuente: Elaboración propia (Observatorio de Salud en Asturias).

6. ESQUEMA DE LA GUÍA

Esta guía engloba diferentes aspectos comunes a la promoción de la salud, la orientación hacia los determinantes de la salud, la perspectiva de equidad y participación y al trabajo desde una metodología de activos para la salud.

Se trata de una guía de ayuda a todo agente comunitario que quiera iniciar o reconducir procesos intersectoriales participativos a nivel local. Definimos a esta perspectiva Salud Comunitaria basada en activos.

El marco de actuación propuesto se basa en la secuencia de trabajo de la Guía de Asturias Actúa en Salud (Observatorio de Salud en Asturias, 2012)²⁴ adaptada a su vez del modelo de intervención de los Roadmaps de los County Health Rankings²⁵, con elementos comunes con ciclos de intervención comunitaria de diferentes propuestas de intervención comunitaria de nuestro contexto (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la semFYC, Instituto Marco Marchioni...) o con el modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (DCBA)²⁶.

Las fases propuestas en la guía son las siguientes:

- **Fase 0. Punto de partida.** Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local.
- **Fase 1. Trabajar juntos.** Generar, agrupar o revitalizar un Sistema de Gobernanza Local en Salud / Grupo de participación en Salud.
- **Fase 2. Identificar.** Analizar activos disponibles e identificar problemas y necesidades.
- **Fase 3. Priorizar.** Sobre qué debemos y podemos actuar.

- **Fase 4. Buscar evidencias.** Buscar intervenciones que sean efectivas.

- **Fase 5. Actuar.** Establecer un plan de acción en el territorio.

- **Fase 6. Evaluar.** Valorar el proceso y en qué medida cumplimos el plan de acción incluyendo acciones de mejora.

El desarrollo de estas fases es orientativo y las acciones a desarrollar variarán en función del momento en el que se encuentre cada grupo de trabajo. Se adaptará a cada una de las situaciones que se pueden dar en el territorio: experiencias previas, conocimientos disponibles, expectativas, proyectos que ya se están realizando, sector desde el cual se plantea realizar una intervención...

Cada una de las fases se estructura en tres **apartados**:

- **Puntos clave:** este apartado incluye aquellos elementos relevantes que han de tenerse en cuenta de manera transversal a la hora de abordar cada una de las fases.

- **Acciones a desarrollar:** en este apartado se describen de manera sintética las principales acciones que pueden desarrollarse para lograr los objetivos previstos en cada una de las fases.

- **Materiales de referencia:** en este apartado están incluidas las referencias que se desarrollan en los **anexos** en formato “sesiones de trabajo”, así como otros materiales de referencia para los contenidos a desarrollar en cada fase.

Esta versión de la guía es una versión ampliada que estará disponible en formato online. Se realizarán modificaciones de la misma de forma anual. Estará

disponible una versión reducida también disponible online pero de la que se editarán copias en papel.

En los **anexos**, solo disponibles en la versión online de la guía, o a través de la página web del OBSA, se incluyen una batería una batería de sesiones de trabajo para cada fase construida a partir de la experiencia con Sistemas de Gobernanza Local en Salud junto a materiales útiles, documentación ampliada y fichas técnicas de Proyectos de la Dirección General de Salud Pública vinculados a la promoción de la salud.

Los **anexos** se irán modificando y añadiendo según vaya creciendo el proceso de los diferentes equipos que están trabajando en el territorio y según vayamos teniendo nuevos materiales o documentación que consideremos relevante incorporar.

Como ya se señaló en la introducción, la guía está abierta a comentarios, recomendaciones y sugerencias que sirvan para tener una herramienta de trabajo lo más útil posible para la comunidad.

7. GUÍA DE ACTUACIÓN

Fase 0. Punto de partida. ¿Por qué iniciamos un trabajo en salud en el ámbito local?

En esta fase el objetivo fundamental es iniciar un proceso de reflexión sobre el porqué y el cómo trabajar en salud comunitaria en el territorio antes de comenzar ninguna acción.

Puntos clave

1. Comenzar un trabajo en materia de salud en el territorio puede realizarse desde diferentes ópticas y contextos: una asociación que quiere comenzar a trabajar en un proyecto, una iniciativa de profesionales desde un centro de salud, una intervención coordinada entre diferentes organizaciones del ámbito local, un programa de salud que implanta la Consejería en el territorio, un Plan Municipal sobre Drogas reorientado su trabajo a actividades de promoción de la salud, una actuación puntual ante un problema de salud que ha aparecido, la puesta en marcha de un proyecto cuando se recibe una financiación inesperada, etc. Normalmente no se empieza a trabajar de cero a nivel local, estamos en un territorio donde ya hay grupos, proyectos o acciones en marcha.
2. Es importante realizar actuaciones de forma planificada y coordinada con otras acciones ya existentes y con una buena metodología. Un objetivo principal de esta guía es generar ese grupo intersectorial donde trabajar juntos y coordinarse.
3. En esta metodología es importante tener en cuenta algunos elementos básicos como la participa-

ción (contar de forma activa con las personas de la comunidad durante todo el proceso), la perspectiva de equidad (eliminar las diferencias injustas y evitables en el estado de salud en grupos de población vulnerables definidos por el género, el estrato social, la edad o su procedencia geográfica...) y la intersectorialidad (implicar a todos los ámbitos), la efectividad y la sostenibilidad (que pueda mantenerse en el tiempo).

4. En esta fase cero es muy importante comenzar a pensar en cómo vamos a evaluar lo que vamos a hacer: tanto el proceso global como las posibles intervenciones que se van a planificar en la fase 5.

Acciones a desarrollar

En el caso de que sea nuestra iniciativa comenzar un proceso para mejorar la salud y bienestar de la comunidad es importante tratar de responder las siguientes preguntas:

- ¿Por qué queremos iniciar el proceso para mejorar la salud y bienestar del territorio?
- ¿Qué otras experiencias de salud se están desarrollando en el territorio? ¿Qué otras experiencias se han desarrollado?
- ¿Con quiénes queremos contar?, ¿por qué y para qué?, ¿quiénes tienen que estar para que sea una estructura participativa?
- ¿Por qué queremos iniciar o revitalizar un proceso de trabajo intersectorial en salud en el ámbito local?
- ¿Quién lo va a impulsar (qué organización, asociación,...)?
- ¿Cómo vamos a organizar esta participación?

-
- ¿Estamos valorando cómo hacer llegar este trabajo a aquellas personas que más lo necesitan?
 - ¿Cuál es la sostenibilidad de nuestro proyecto?
 - ¿Cómo vamos a evaluar lo que vamos a realizar? ¿Cómo vamos a diseñar la evaluación de nuestras acciones y de todo el proceso que vamos a poner en marcha?

En el caso de que no seamos nosotros los que iniciamos el proceso y la petición nos la hagan llegar desde otro ámbito, además de algunas de las preguntas anteriores, tener en cuenta lo siguiente:

- ¿Desde dónde se hace la petición?
- ¿Qué expectativas se plantean?
- ¿Tenemos capacidad para poder participar/ apoyar el proyecto?
- ¿Qué podemos aportar al desarrollo del mismo?

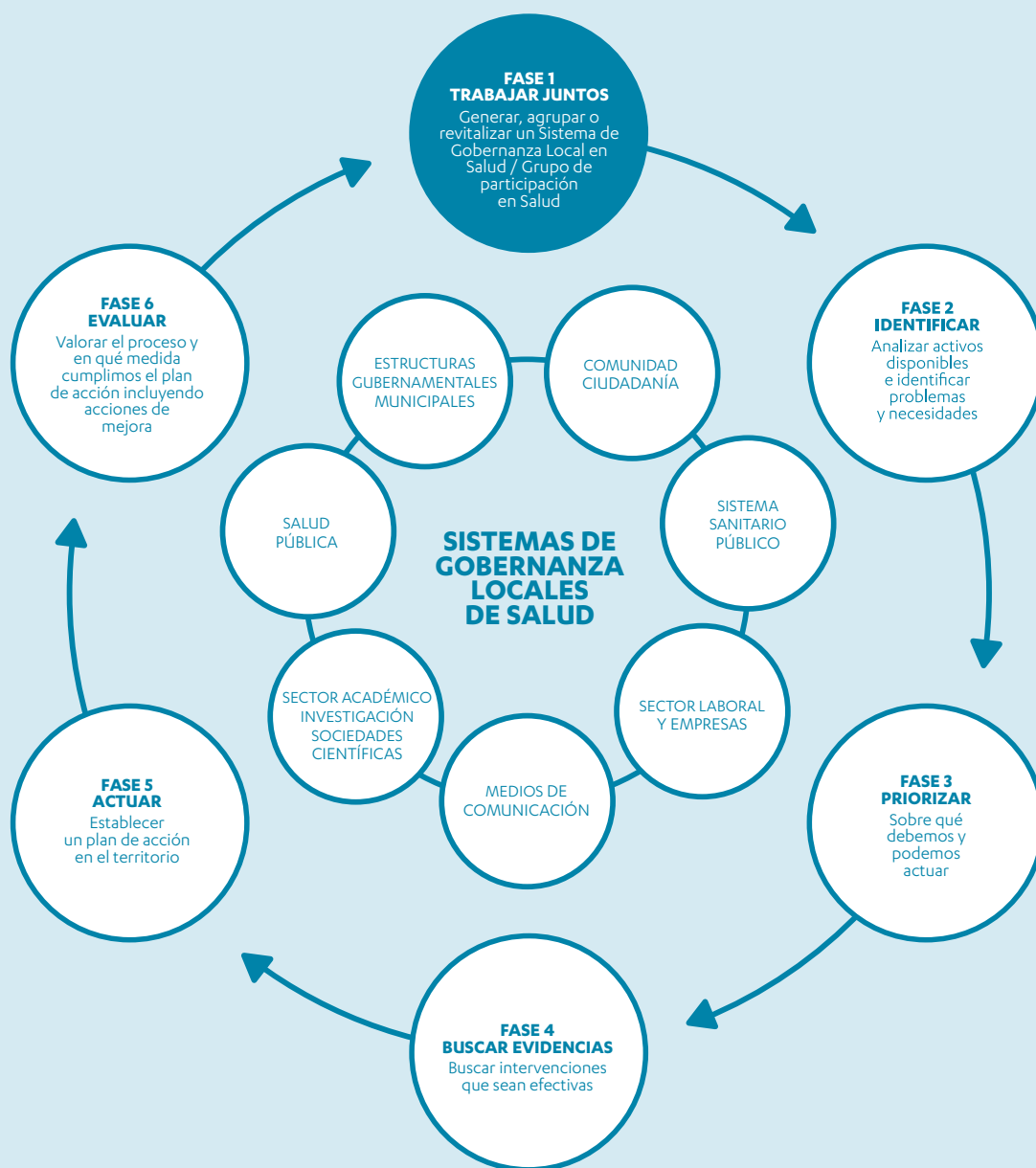
Para saber más

1. Material del Anexo I para la **Fase 0. Punto de Partida**
2. Revisar las siguientes fases de esta guía para tener más información sobre cómo realizar un análisis de salud en una zona y cómo realizar intervenciones comunitarias.
3. Solicitar más información en el Observatorio de Salud en Asturias (Dirección General de Salud Pública).
4. Quizás una de las mayores referencias documentales para aprender sobre intervenciones comunitarias es la Caja de Herramientas Comunitarias.

ASTURIAS ACTÚA EN SALUD

FASE 0 PUNTO DE PARTIDA

Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local



Fase 1. Trabajar juntos

En esta fase el objetivo fundamental es la generación, fusión o revitalización de una estructura de participación, es decir, un grupo de coordinación local con participación de diferentes sectores, objetivos compartidos, liderazgo comunitario claro y que trabaje con una perspectiva de salud comunitaria basada en activos. Es lo que llamaremos Sistema de Gobernanza Local en Salud.

Puntos clave

1. Definir un Sistema de Gobernanza Local en Salud / Grupo de participación en Salud. Esto supondrá generar un grupo nuevo, revitalizar uno antiguo o agrupar varios. Es importante evitar duplicar estructuras de participación, es decir: evitar generar una nueva cuando ya existen. Es mejor aprovechar o tratar de revitalizar las existentes.
2. Desarrollar ese grupo partiendo de las experiencias y expectativas de las personas y asociaciones locales.
3. Establecer un proceso de reflexión y formación con el grupo donde se encuentre un lenguaje común en términos relacionados con salud comunitaria, promoción de la salud, salud en todas las políticas, trabajo intersectorial, participación o equidad.
4. Consensuar la composición y funciones del grupo, establecer y consensuar los objetivos comunes de dicho grupo. Definir claramente los liderazgos y el papel que van a tener cada uno de los participantes.
5. Desarrollar una estrategia para implicar la participación de más sectores. Es necesario plantearse siempre quién nos falta, que nadie quede excluido.

6. Transparencia en todas las fases. Importancia de la devolución a toda la comunidad de lo que se hace, no sólo a las personas que están participando más activamente.

7. Atar en corto, actuar a largo plazo (y viceversa). Esto implica analizar en todo momento la sostenibilidad del grupo, es decir, que pueda perdurar en el tiempo.

Acciones a desarrollar

ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS PREVIAS. PROCESO DE REFLEXIÓN CONJUNTA.

Algunas preguntas a plantearse de cara a comenzar a trabajar juntos podrían ser:

- ¿Qué experiencias previas se han realizado? ¿Existe algún grupo de participación local en salud?, ¿desde dónde se coordina? ¿cuál es el nivel de participación de la ciudadanía en él?
- ¿Qué intervenciones se están realizando ya en el territorio?, ¿cómo están funcionando? ¿Tienen orientación hacia los determinantes de salud?, ¿Son estructuras participativas?
- ¿Existen Planes locales de Salud desde la Federación Asturiana de Concejos?, ¿Están operativos y evaluados?
- ¿Es el momento de crear un grupo de participación?, ¿Existe apoyo institucional?, ¿Qué ventajas podría tener?, ¿Para qué podría servir?
- ¿Qué características nos planteamos que tendría el grupo?
- ¿Cuál sería el grupo operativo para impulsar el trabajo y de quién dependería el liderazgo y la coordinación?

- ¿En qué ámbito geográfico –zona básica de salud, municipio, área sanitaria, barrio...- se trabajaría?
- ¿Qué objetivos se tendrían de forma preliminar?

GENERACIÓN DE UN SISTEMA DE GOBERNANZA LOCAL EN SALUD

Bien se genere un grupo de participación en salud nuevo, se fusionen varios o se revitalice uno existente, nuestra propuesta se centra en que se dirija hacia un Sistema de Gobernanza Local/ Grupo de participación en Salud, con los aspectos transversales citados anteriormente:

- Delimitación geográfica o administrativa coherente.
- Participación ciudadana.
- Orientado hacia los determinantes de la salud y la perspectiva de equidad.
- Representatividad social.
- Intersectorialidad.
- Liderazgo comunitario.
- Proceso de toma de decisiones.

Composición de la estructura de participación.

Aquel grupo, institución u organismo que haya impulsado el proceso a nivel local será el encargado de plantear inicialmente qué personas, grupos, instituciones...etc. podrían conformar el Sistema de Gobernanza Local en Salud / Grupo de participación en Salud. Iniciar este proceso de reflexión invitando de manera muy amplia en una primera convocatoria.

Teniendo en cuenta este aspecto, es importante tener en mente los posibles ámbitos prioritarios así como un listado de agentes vinculados al bienestar de la comunidad que sería interesante que participasen en el grupo.

Definir características básicas de la estructura.

Posteriormente, una vez reunidos es importante:

- Definir las características básicas de la estructura: objetivos comunes, mecanismos de participación y funcionamiento interno, etc.
- Definir quién y cómo se va a realizar el liderazgo, quiénes van a impulsar el grupo; tratando de aumentar el liderazgo de las personas, de la comunidad.
- Desarrollar una estrategia para implicar la participación de más sectores. ¿Quién nos falta?
- Establecer un buen plan de comunicación para trasladar los avances a toda la comunidad (ampliado más adelante).

Los Sistemas de Gobernanza Local en Salud generados no tienen porqué ser estructuras formales, pueden ser grupos más informales con una estructura de funcionamiento interno.

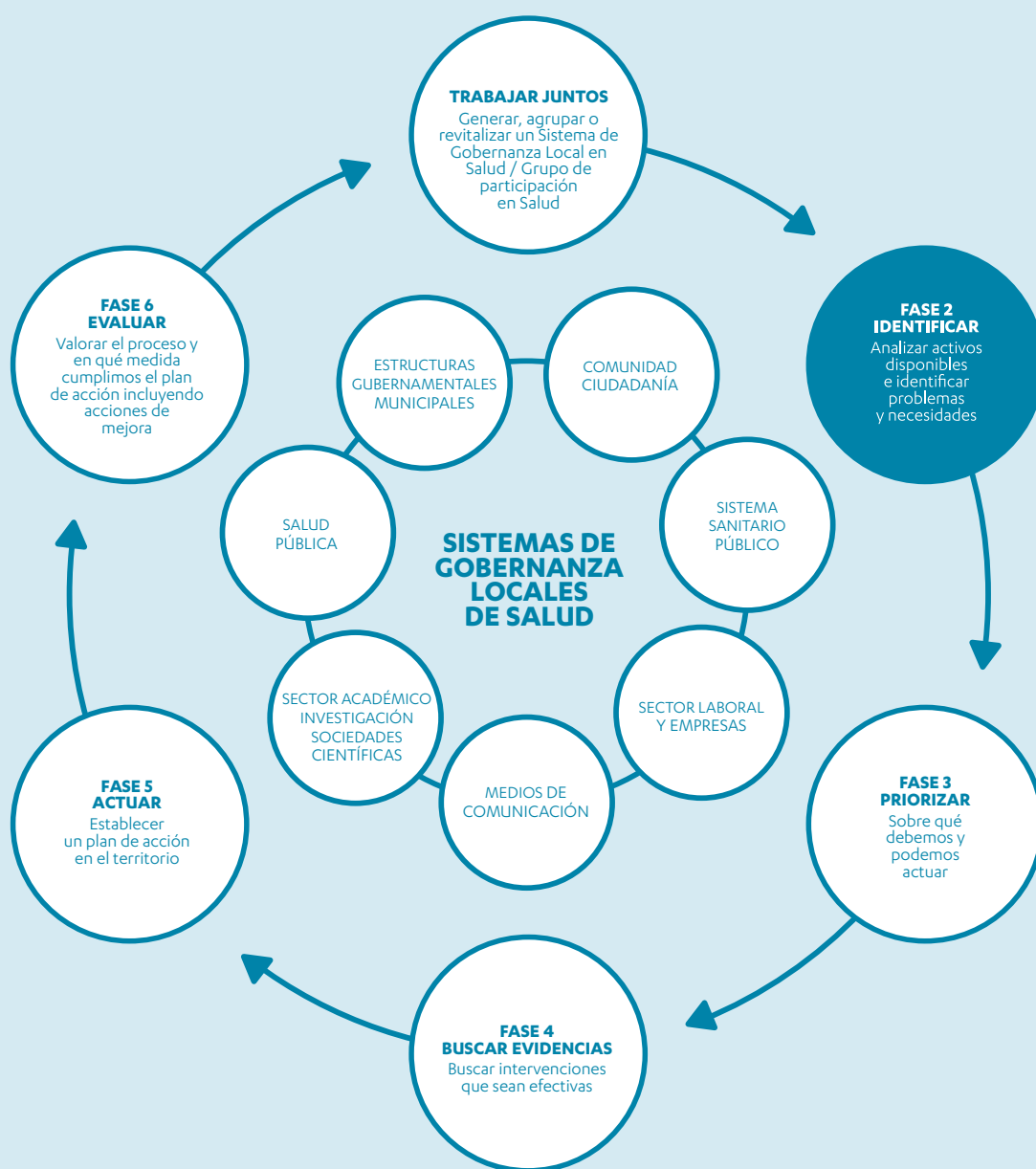
Documentos de referencia

1. Material del Anexo I para la **Fase 1**.
2. Cómo iniciar un proceso de intervención / participación comunitaria desde un centro de salud. Recomendaciones del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
3. Cómo crear y mantener coaliciones y colaboraciones entre diferentes instituciones. Checklist de la “Caja de Herramientas Comunitarias”.

ASTURIAS ACTÚA EN SALUD

FASE 0 PUNTO DE PARTIDA

Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local



Fase 2. Identificar. Analizar los activos disponibles y los problemas.

En esta fase el objetivo principal es conocer los activos para la salud que existen en la comunidad y la situación de problemas/necesidades. Ambos análisis pueden llevarse a cabo simultáneamente si se realiza un mapeo de activos general. Otra opción es plantear el análisis de los activos vinculados a necesidades concretas detectadas previamente.

Puntos clave

1. Trabajar con una visión amplia de salud y bienestar que incluya la perspectiva de los determinantes de salud y tenga en cuenta los ejes de desigualdad (salud/ bienestar en función de la clase social a la que se pertenezca, género, edad, etnia y territorio).
2. Tener información actualizada sobre la situación de salud-bienestar en el territorio desde una perspectiva de determinantes en salud (en función del nivel socioeconómico, estilos de vida –sedentarismo, alimentación...-, calidad del ambiente, calidad del sistema sanitario).
3. Incluir en todo el proceso una perspectiva de salud en todas las políticas (salud vinculada a todo tipo de políticas, no sólo sanitarias), equidad (eliminar las diferencias evitables en el estado de salud en grupos de población vulnerables definidos por el género, el estrato social, la edad o su procedencia geográfica...) y participación (tratar de que el análisis de los problemas y la identificación de activos sea un proceso lo más participativo posible).
4. Realizar este análisis utilizando una aproximación tanto cuantitativa (con cifras, datos) como cualitativa (en base a opiniones), teniendo en cuenta que ambas nos servirán para identificar activos y problemas.

Acciones a desarrollar

DEFINIR LA COMUNIDAD QUE VAMOS A ANALIZAR

El Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación debe determinar cuál es la comunidad que desea analizar.

Para que se permita el desarrollo del proceso comunitario participativo (Marchioni), es importante vincularla a la dimensión municipal (mancomunidad de pequeños municipios, pueblo o una parte de la ciudad –barrio, distrito...-). También se debe tener en cuenta la dimensión físico-poblacional permitiendo el encuentro directo y la relación entre los tres protagonistas de los procesos comunitarios (instituciones, técnicos y ciudadanía). Esta dimensión física no debe ser demasiado grande para facilitar esa relación, analizando elementos como la geografía social, demografía, urbanismo, vivienda y comunicaciones...

Así pues, las delimitaciones geográficas suelen estar condicionadas por la definición de la propia estructura de trabajo ciñéndose al municipio o Zona Básica de Salud, pero también podrían definirse en función de grupos de población de mayor interés o con características concretas / específicas.

Generalmente dentro del Sistema de Gobernanza Local en Salud se suele generar una comisión encargada de realizar dicho análisis. Es fundamental tratar de llevarlo a cabo incorporando a la comunidad.

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTIVOS PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD.

Esta fase se basa en el mapeo de activos, es decir, la identificación de recursos que la propia comunidad reconoce como riquezas que pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario y que fortalecen la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud y contrarrestar situaciones de estrés.

Los activos para la salud de una Comunidad se pueden categorizar de diversas formas como se comentó más arriba. Pueden dividirse en diversos niveles:

- Activos intangibles.
- Activos de las personas. Lo que pueden aportar a nivel individual para mejorar la comunidad.
- Activos de las instituciones. Servicios sociales, educativos, sanitarios...
- Activos de las asociaciones formales.
- Activos de las asociaciones informales.
- Activos físicos. Espacios verdes, edificios...
- Activos económicos. Negocios, empresas, comercios locales...
- Activos culturales. Talentos locales que reflejen su identidad y valores: música, teatro, arte...

Otra forma más intuitiva de clasificarlo sería por áreas temáticas como las diversas categorías que aparecen en el buscador de actuaciones comunitarias de Asturias Actúa en Salud (ejemplo: mujer, actividad física...).

Generalmente para la identificación de activos se suele haber generado una comisión dentro del Sistema de Gobernanza Local / Estructura de participación en Salud que será la encargada de coordinar el mapeo. Este mapeo puede realizarse de forma general identificando los activos vinculados al bienestar de dicha comunidad o bien centrarse en aquellos

vinculados a los principales problemas o necesidades detectados en la comunidad al realizar el análisis.

Las etapas de la metodología para planificar actuaciones basadas en identificar y dinamizar activos para la salud en un territorio propuestas en el Informe SESPAS 2016 son las siguientes:

- **Etapas 1. Preparación y contextualización.** Objetivo, finalidad, población, ámbito y tema sobre el que identificar activos, con enfoque de equidad. Se genera grupo de trabajo coordinador, de trabajo de campo y de evaluación y se planifican el resto de etapas. Imprescindible el acuerdo y compromiso con instituciones para el apoyo del proceso y acciones derivadas.
- **Etapas 2. Recogida de información:** metodologías a utilizar para identificar activos. El equipo de trabajo de campo identifica activos con metodologías participativas.
- **Etapas 3. Análisis, interpretación y presentación de la información.** Análisis de la información descriptivo con enumeración de la información en categorías o interpretativo.
- **Etapas 4. Difusión (visibilización) de los activos para la salud.** Teniendo en cuenta la perspectiva de equidad y que sea accesible a la comunidad. Establecer estrategia de comunicación.
- **Etapas 5. Conexiones y dinamización de activos.** Planificar acciones conectando activos que traten de responder a las necesidades de salud.
- **Etapas 6. Evaluación.** Del proceso y las acciones llevadas a cabo.

Las posibles técnicas a emplear en la etapa de recogida de información en la identificación de activos durante la fase de campo aparecen en la siguiente Tabla.

Tabla 1. Técnicas para identificar distintos activos para la salud en un territorio y valoración de las mismas.

TÉCNICAS											
Activos	Entrevistas	Grupo focal o de discusión	Análisis documental (webs, redes sociales)	Conversación informales / observación	Mapping party	Gymkhana mapeo	Photovoice / Fotovoize	Mapa mudo	Investigación narrativa (Storytelling)	Tertulias de café (World Cafe)	Asambleas, foros comunitarios u Open Space Technology
Intangibles	**	*	*	***	**	**	***	***	***	***	*
De las personas	***	***	*	***	**	**	**	***	***	***	**
De las instituciones	**	**	***	*	*	*	*	*	*	*	**
De asociaciones formales	**	**	***	*	*	*	*	*	*	*	**
De asociaciones informales	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**	***
Físicos	**	**	**	**	**	**	***	***	**	**	***
Económicos	**	**	**	**/*	*	*	*	**	*	**	**
Culturales	**	**	**	**	**	**	**	***	**	**	**

Fuente: Cofiño R, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016. Anexo III.

Algunas de las técnicas cualitativas pueden emplearse tanto en el análisis de necesidades como en la identificación de activos, pudiendo realizarse ambos simultáneamente: entrevistas en profundidad, grupos focales y de discusión, análisis documental, conversaciones informales y observación.

A continuación se señalan otro tipo de técnicas más participativas para la identificación de activos:

- **Mapping party:** encuentro de personas que se reúnen para cartografiar de forma colectiva determinados lugares mientras se pasea, se observa y se conversa. El paseo puede estar muy estructurado desde el momento inicial o ser más abierto.
- **Fotovoz (Photovoice):** técnica para describir e intercambiar impresiones a través de fotografías de la comunidad.

- **Tertulias de café:** generar conversación sobre un tema de interés. En el café, cinco o seis personas alrededor de una mesa charlan entre sí y una persona hace de anfitrión. Al cabo de 20 minutos se cambian de mesa y el anfitrión se queda para resumir a los nuevos la discusión previa. Al final, se recogen y extraen los temas por parte de todo el grupo.
- **Asambleas, foros comunitarios u Open Space Technology:** son diferentes técnicas para dinamizar reuniones con muchas personas. La duración de las sesiones puede ser variable y también los objetivos y el diseño de las mismas.

REVISAR LA FOTOGRAFÍA DE SALUD DE LA COMUNIDAD

Construir una fotografía de salud de tu comunidad supone hacerse preguntas sobre la comunidad, no solo desde una perspectiva de activos con los que cuenta, sino también investigando acerca de las necesidades y problemas que identifica la comunidad en materia de salud y bienestar. Para ello es preciso que se realice desde la perspectiva de determinantes de salud.

Utilización de metodologías cuantitativas

Utilizadas para la obtención de datos, cifras. Existen numerosas fuentes de información, entre ellas podríamos destacar:

- Sistemas de Información Estadísticos: SADEI, INE, etc.
- Sistemas de Información Sanitarios: SIAP, Rebotica, CMBD, INCLASNS, InforSan.
- Encuestas de Salud: Encuestas de Salud en Asturias ESA 2008 y 2012.
- Encuestas sobre consumo de drogas en población de 14 a 18 años ESTUDES y en población total EDADES.
- Sistemas Globales: Observatorio de Salud en Asturias.
- Ranking de Concejos en función de determinantes de salud y resultados (mortalidad / morbilidad) del Observatorio de Salud.
- Indicadores ampliados de situación de salud en Asturias.
- Asturias Actúa en Salud: base de datos de actividades comunitarias y activos para la salud.
- Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias.
- Planes municipales de salud elaborados por la Federación Asturiana de Concejos.
- Planes de Infancia a nivel municipal.
- Planes / programas municipales de drogas.

Utilización de metodologías cualitativas

Con ellas se puede recoger información sobre motivaciones o necesidades percibidas por la población imposibles de obtener a través de cifras. Estas técnicas también podrían ayudar a profundizar en alguno de los problemas identificados con los datos cuantitativos.

Algunas de las técnicas cualitativas más utilizadas ya mencionadas más arriba son:

- **Entrevistas individuales:** entrevistas a informantes clave (personas clave que conocen muy bien la comunidad o el grupo a estudio) semiestructuradas, en la que se utiliza una guía de cuestiones previamente elaborada, con flexibilidad a lo largo de la entrevista. Esta técnica es muy útil si interesa conocer una opinión individual o cuando las personas informantes están muy dispersas.
- **Entrevistas grupales:** se recomienda que sean de entre 6 y 10 personas. Se utiliza cuando interesa explorar un contexto social concreto, la interacción de los participantes o por factores como tiempo o coste.

- **Grupos Focales:** la persona que modera es más directiva. No se busca el consenso. Se registra y analiza posteriormente.
- **Grupos de Discusión:** Más flexible y abierto que el grupo focal.
- **Grupos Nominales:** priorización de ideas para lograr consenso. Sólo se transcriben los resultados.

• **Foros públicos:** reuniones comunitarias abiertas que ofrecen la oportunidad de expresar los puntos de vista sobre problemas clave y qué se puede hacer al respecto. No busca una conclusión conjunta.

Tanto para detectar necesidades como para identificar activos se combinan metodologías cualitativas y cualitativas. Es fundamental incorporar a la comunidad.

VOLVER A DEFINIR LA COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE DESIGUALDADES EN SALUD

Una vez obtenida la información revisar la comunidad definida desde la perspectiva de desigualdades en salud y valorar si es necesario recopilar más información sobre algún grupo de población concreto.

Se pueden utilizar diferentes herramientas de cribado que permiten identificar el impacto en salud de la puesta en marcha de determinados proyectos y actuaciones a través de los diferentes ejes de desigualdad.

ELABORAR UN INFORME QUE RECOJA LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN A NIVEL LOCAL

El grupo encargado del diagnóstico de salud elaborará un breve informe de 10 páginas que recoja la información cualitativa y cuantitativa sobre la situación

de salud en función de los determinantes de salud y los activos de salud (si se realiza el mapeo previamente al diagnóstico).

PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Presentación del informe al resto del Sistema de Gobernanza Local / Estructura de participación en Salud para una posterior priorización.

Difundir el informe en la comunidad adaptando los contenidos para que sea un documento sencillo, comprensible, ameno y práctico para poder generar acción y movimiento.

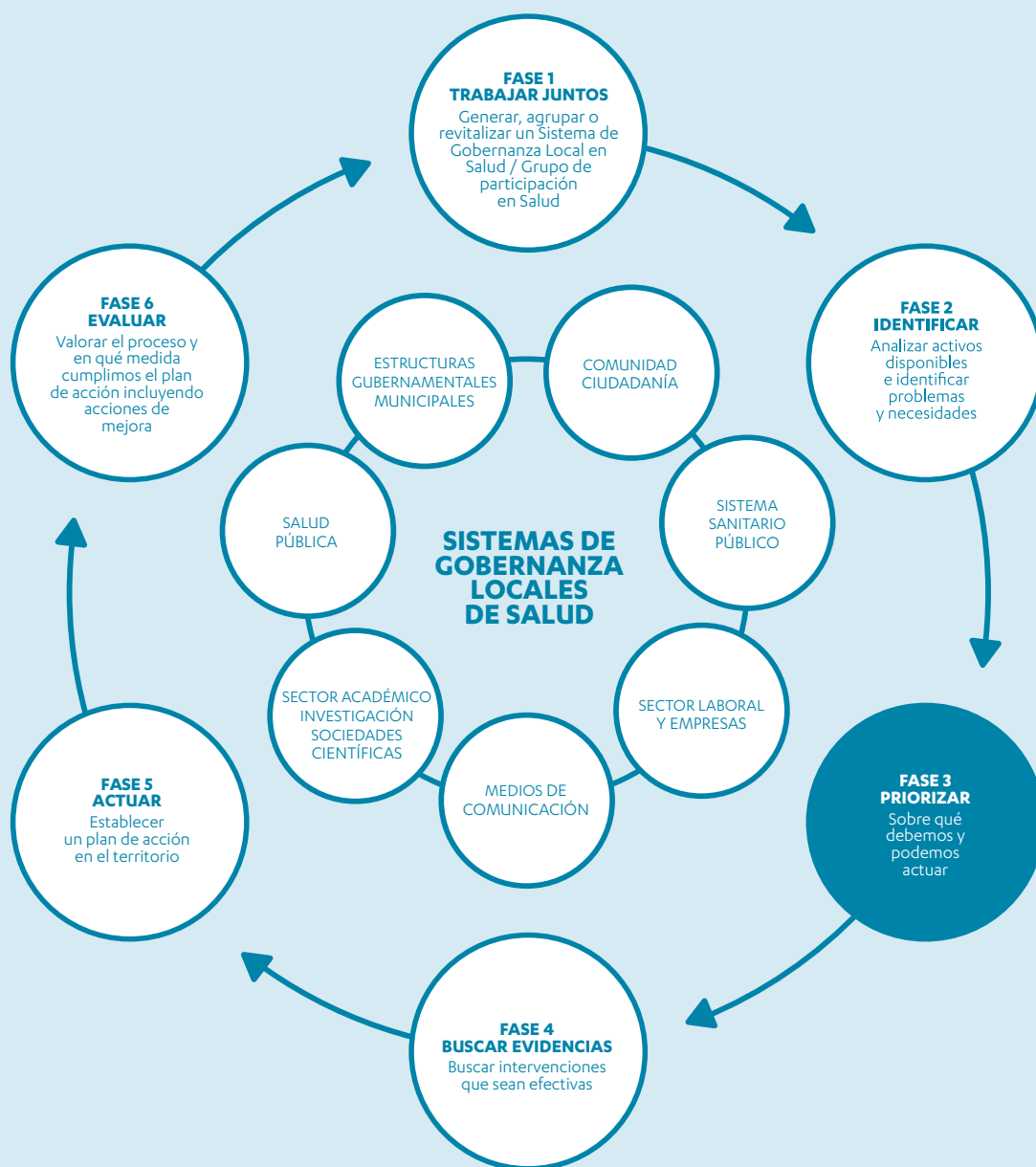
Documentos de referencia

1. Material del Anexo I para la **Fase 2**.
2. Informe SESPAS 2016 Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?
3. Metodología para el mapeo de activos de una comunidad.
4. Manual de Investigación Cualitativa.
5. Herramienta de cribado de desigualdades en salud.
6. Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares.

ASTURIAS ACTÚA EN SALUD

FASE 0 PUNTO DE PARTIDA

Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local



Fase 3. Priorizar. Sobre qué debemos y podemos actuar

En esta fase el objetivo fundamental es definir qué actuaciones vamos a poner en marcha una vez analizados los activos para la salud y los problemas de nuestra zona.

Puntos clave

1. Definir los criterios que vamos a utilizar para priorizar.
2. Priorizar de forma participativa tras la presentación del informe del diagnóstico de salud al Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación en Salud.
3. Tener en cuenta que el proceso de priorización sirve también para reflexionar sobre cuál es la situación de salud, qué se está haciendo ya y qué podemos mejorar.
4. Valorar que todas las fases son muy importantes para reforzar el grupo de trabajo y revisar colaboraciones, liderazgos y alianzas.

Acciones a desarrollar

DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN.

Al priorizar colocamos las necesidades en función del orden en que consideramos que deben ser abor-

dadas. Para ello es recomendable la utilización de una metodología participativa y criterios de priorización adecuados así como elegir sólo uno o dos problemas para abordar inicialmente. Es importante tener en cuenta la repercusión de la necesidad priorizada según los ejes de desigualdad: género, edad, territorio, nivel educativo, clase social y etnia.

En líneas generales algunos criterios a tener en cuenta son:

- La gravedad o la severidad del problema.
- La magnitud o número de personas a las que afecta.
- La eficacia de intervenir o la capacidad de actuar sobre el problema.
- La factibilidad o existencia de solución para el problema, si las acciones son aplicables o bien si disponemos de activos para abordarlo.

Se recomienda principalmente al inicio realizar acciones factibles y a corto plazo que sirvan para ver la utilidad del Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación y motiven su continuidad así como acciones en las que se haga poco entre muchos de tal manera que se logre la vinculación e implicación de la gente.

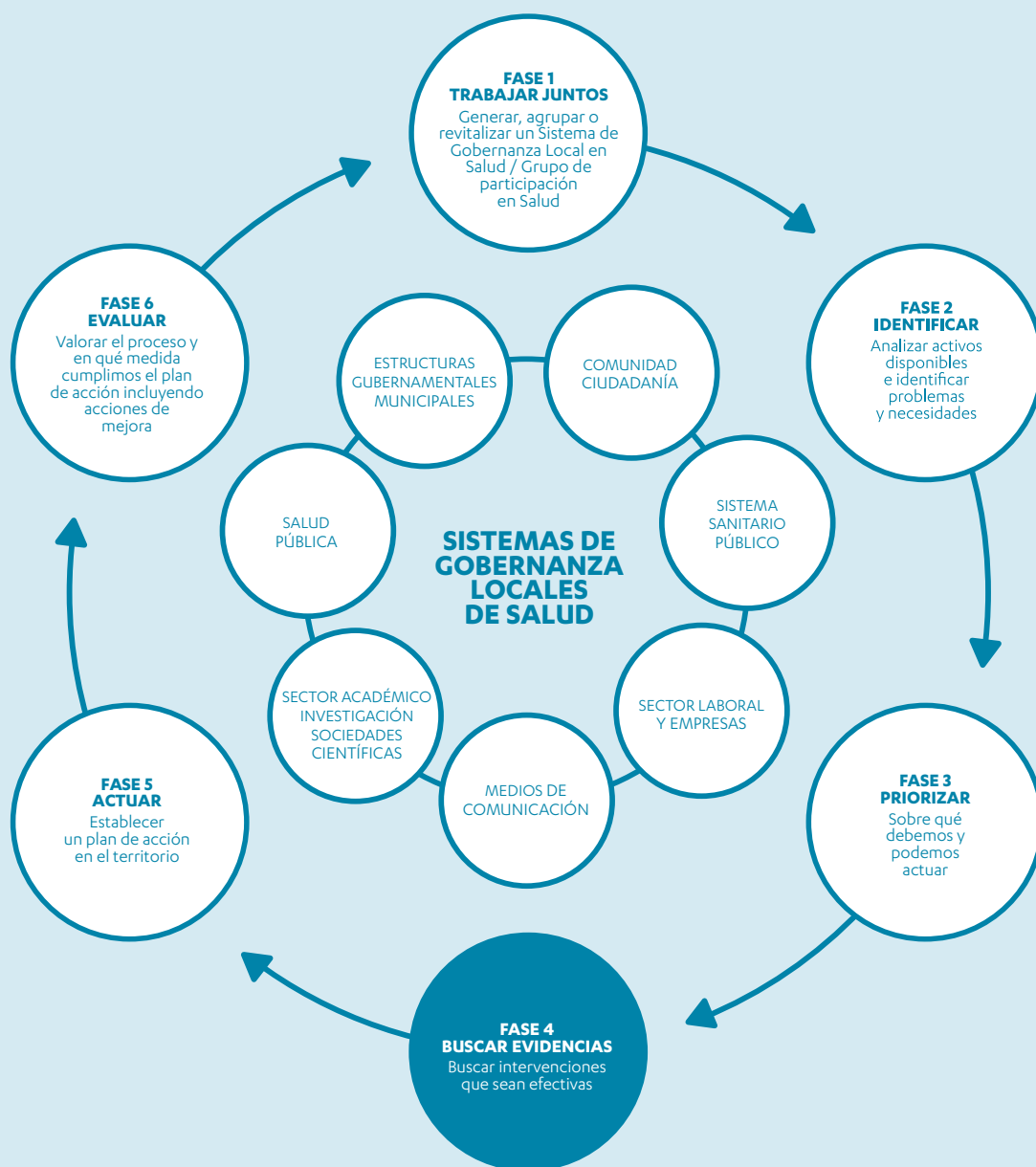
Documentos de referencia

1. Material del Anexo I para la **Fase 3**.
2. Método Hanlon para la priorización.
3. Algunas preguntas clave para priorizar intervenciones desde la perspectiva de género.

ASTURIAS ACTÚA EN SALUD

FASE 0 PUNTO DE PARTIDA

Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local



Fase 4. Buscar evidencias. Identificar intervenciones que sean efectivas.

En esta fase, tras la priorización de las necesidades sobre las que vamos a actuar, el objetivo fundamental es definir claramente las actuaciones que podemos desarrollar basándonos en la evidencia científica existente. Ello implica elegir aquellas actuaciones que se haya demostrado que son más eficientes y efectivas, que tienen un mayor efecto y mejores resultados.

Puntos clave

1. Es muy importante que las intervenciones que planteemos tengan criterios de evidencia científica (que sean efectivas).
2. Existen buenos buscadores donde podemos revisar qué intervenciones tienen evidencia científica y qué intervenciones se están realizando en otros lugares (redes de intervenciones comunitarias).
3. Estos buscadores nos pueden dar pistas sobre cómo diseñar nuestro plan de acción en la fase siguiente.
4. Es importante mantener un enfoque de equidad al comenzar a pensar en las intervenciones que vamos a desarrollar (tratando de eliminar las diferencias evitables en el estado de salud en grupos de población vulnerables definidos por el género, el estrato social, la edad o su procedencia geográfica...)
5. Una dificultad con la que nos encontramos es que todavía existen pocos estudios de evaluación relacionados con intervenciones en nuestro país o en contextos similares a los nuestros. Esta fase técnica-

mente puede ser más complicada y puede requerir de asesoramiento más especializado (consultar con el Observatorio de Salud en Asturias).

Acciones a desarrollar

BÚSQUEDA DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

Actualmente muchas de las principales agencias de salud presentan información sobre diferentes intervenciones orientada hacia la evidencia de las mismas o sus evaluaciones.

Éstas son algunas de las bases de datos disponibles para buscar evidencias científicas:

- Database of promoting health effectiveness reviews (DoPHER).
- What works for Health. County Health Rankings.
- NHS evidence National Library for Public Health del National Health Service del Reino Unido.
- The Campbell Collaboration del Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- The Community Guide del Centers for Diseases Control and Prevention.
- Cochrane Public Health Group de Cochrane Collaboration.
- Health Evidence Network de World Health Organization Regional Office for Europe.
- EPPI-Centre del Social Science Research Unit at the Institute of Education, University of London.
- Guías NICE de Salud Pública del National Health Service del Reino Unido.

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).
- Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias.

También es posible consultar algunas redes nacionales donde se pueden buscar intervenciones que se están desarrollando en nuestro país. Son las siguientes:

RED	ÁMBITO	ORGANISMO
Sistema de Información de Promoción y Educación Para la Salud (SIPES)	Nacional	Ministerio de Sanidad
Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)	Nacional	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
Actuant units per a la salut (AUPA)	Cataluña	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)
Red Aragonesa de Actividades de Promoción de la Salud	Aragón	Gobierno de Aragón
Mapa de Actividades Comunitarias de Salud en Asturias	Asturias	Gobierno de Asturias
Red de escuelas promotoras de salud de Navarra	Navarra	Gobierno de Navarra
Red de Profesionales de Atención Primaria de Zonas con Necesidades de Transformación Social	Andalucía	Gobierno de Andalucía
Red Española de Ciudades Saludables	Nacional	Federación Española de Municipios y Provincias

Tener en cuenta además aquellos Programas vinculados a la Promoción de la Salud desarrollados desde la Dirección General de Salud Pública de Asturias a la hora de abordar las necesidades vinculadas a dichos temas.

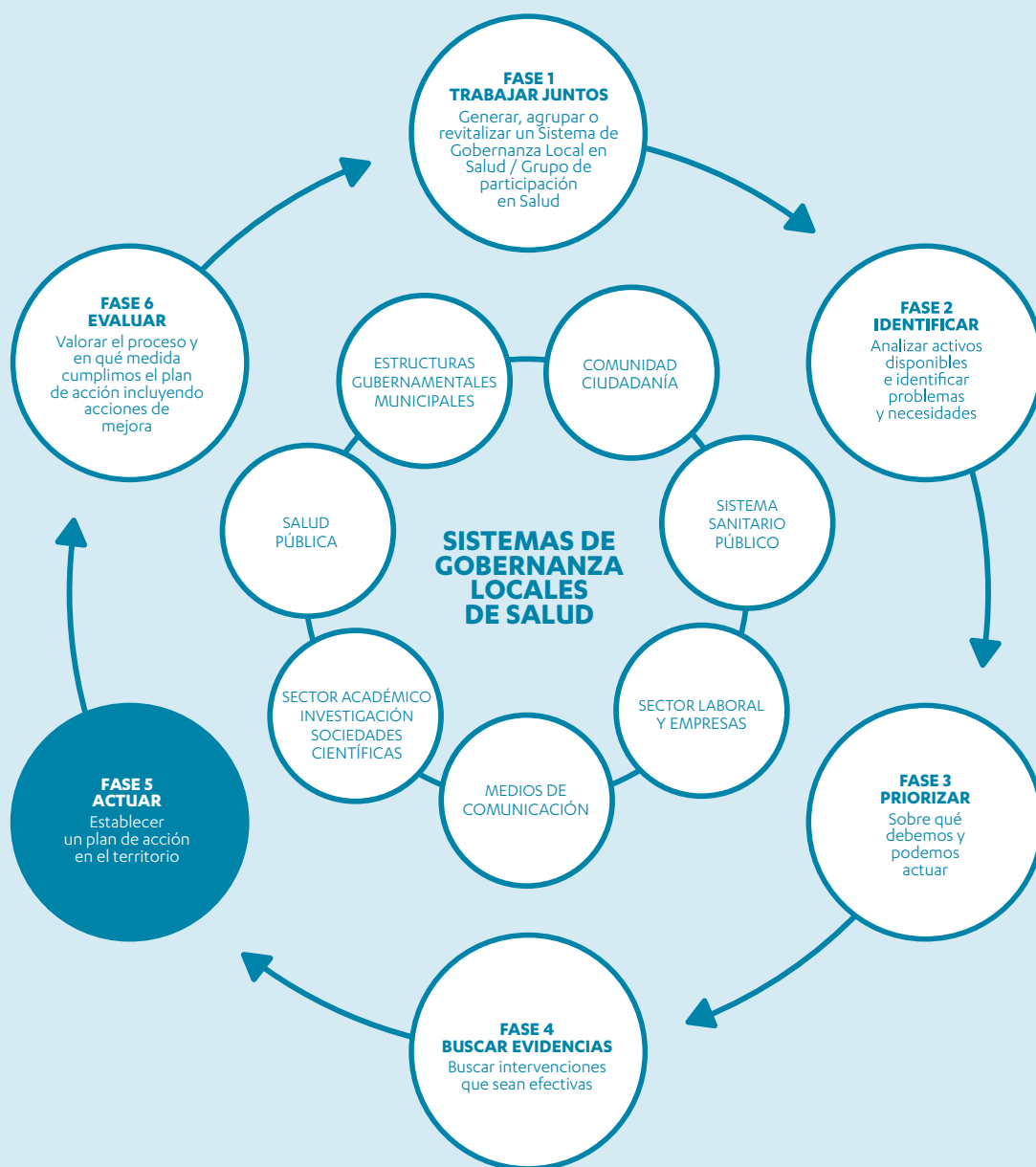
Documentos de referencia

1. Material del Anexo I para la **Fase 4**.
2. Desarrollo de un modelo para la presentación de las evidencias en actuaciones de salud comunitaria.
3. Guía sobre criterios de calidad en promoción de la salud.

ASTURIAS ACTÚA EN SALUD

FASE 0 PUNTO DE PARTIDA

Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local



Fase 5. Actuar. Establecer un plan de acción en el territorio.

En esta fase el objetivo principal es conseguir un plan estructurado con las actuaciones que se van a desarrollar a nivel local en el que se definan claramente plazos y responsables.

Puntos clave

1. El Sistema de Gobernanza Local definirá un plan con objetivos y acciones posibles.
2. No se trata de realizar un documento extenso sino un documento ágil, breve y orientado a ser una hoja de ruta de la acción local durante los próximos años.
3. Muchas veces este plan no consiste en hacer muchas cosas nuevas, sino en ordenar y coordinar las que ya están funcionando.
4. Tener en cuenta intervenciones efectivas identificadas en la fase anterior.
5. La evaluación, aunque la señalaremos en una fase posterior, ya ha de ser diseñada en este momento.
6. Desarrollar un buen plan de comunicación a lo largo de todo el proceso que haga llegar información acerca del plan de trabajo a la ciudadanía, agentes comunitarios y a los responsables institucionales.

Acciones a desarrollar

DEFINIR CLARAMENTE LAS INTERVENCIONES Y EL PLAN DE ACCIÓN

Consiste en definir de forma participativa un documento breve (matriz de planificación) con los objetivos, acciones a desarrollar y los plazos para llevarlas a cabo (cronograma) delimitando claramente los responsables de cada una de las acciones a desarrollar.

El Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación en Salud decidirá de forma participativa cómo se plantea realizar este proceso. Por ejemplo, puede darse el caso de establecer todos juntos las intervenciones en líneas generales en una matriz de planificación definiendo comisiones para cada intervención de cara a profundizar en la planificación e implementación de la actividad posteriormente.

A la hora de diseñar las actuaciones utilizar el acrónimo SMART:

Specific – Específicas
Measurable - Medibles
Achievable – Alcanzables
Realistic – Realistas
Time-determined - Con fecha determinada.

Es importante a la hora de desarrollar un plan de acción tratar de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- Por qué, qué objetivos se desean conseguir.
- Qué acciones se realizarán.
- Quién se va a encargar de esa intervención. Persona o grupo promotor de la acción.

- Cuándo (cronograma). Fecha en que se realizará la acción o fechas clave para pasos previos.
- Cómo. Recursos humanos y materiales necesarios. También podría identificarse la necesidad de formación en alguna materia concreta vinculada a la actividad. Dicha formación podrá solicitarse al Observatorio de Salud.

LOGRAR QUE TODO EL MUNDO SEPA QUÉ TIENE QUE HACER

Algunos aspectos importantes son los siguientes:

- La matriz de planificación y el cronograma deben ser documentos breves, completos, claros y estar actualizados en todo momento.
- Es fundamental que queden claros los compromisos adoptados tanto a nivel de grupo como de forma individual por cada una de las personas integrantes.
- Es recomendable hacer llegar la matriz de planificación a todos los componentes del Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación en Salud por escrito a través de la vía que se considere más adecuada.
- Informar en reuniones periódicas al resto de miembros del Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación del punto en que se encuentra la labor que viene desarrollando cada persona o comisión.

En caso de que el Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación quiera trabajar con un documento más elaborado, éste tendrá el formato que determine el grupo. Una propuesta de estructura que aúne tanto el análisis como la matriz de planificación y la evaluación podría ser la siguiente:

1. Introducción.
2. Objetivos.
3. Análisis de situación de salud/bienestar.
 - 3.1. Activos para la salud del territorio. Puede estructurarse en función de los determinantes de salud junto a las necesidades. También podrían incorporarse en función de las áreas de actuación priorizadas.
 - 3.2. Necesidades. Estructurado en función de los determinantes del Ranking del Observatorio de Salud. Incorporando datos cuantitativos y cualitativos y pequeños titulares de los principales aspectos a destacar.
 - a. Situación sociodemográfica y económica.
 - b. Morbilidad y mortalidad.
 - c. Calidad asistencial.
 - d. Estilos de vida.
 - e. Calidad ambiental.
4. Áreas de mejora detectadas.
5. Matriz de planificación.
 - a. Objetivos.
 - b. Acciones a desarrollar.
 - c. Encargados.
 - d. Recursos necesarios.
 - e. Cronograma.
6. Evaluación. Cómo se realizará.

IDENTIFICAR AGENTES A IMPLICAR PARA EL ÉXITO DE LAS ACCIONES

Es fundamental identificar agentes fuera del Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación que puedan apoyar puntualmente las acciones. Mejor ser muchos haciendo poco que sobrecargar a pocas personas.

A su vez es importante propiciar un acercamiento presentando el plan de acción a aquellos agentes que nos interese:

- ¿Quién queremos conseguir que apoye el proyecto?
- ¿Quiénes son nuestros aliados?
- ¿Quiénes se oponen?
- ¿Cómo vamos a gestionar alianzas y oposiciones?

COMUNICAR LOS PROGRESOS Y ÉXITOS

Vinculado a la siguiente fase. Incluye diversos aspectos:

- Establecer cómo se realizará la comunicación.
- Recopilar la documentación y difundirla. Realizar un informe con los progresos realizados, evaluar el proceso y los resultados y su impacto en la comunidad.
- Comunicar los progresos y éxitos a agentes clave y a la población general.

Un plan de comunicación es una herramienta muy interesante de cara a lograr la participación de la comunidad y conseguir su adhesión, así como para difundir el proyecto y las acciones a la ciudadanía o medios de comunicación para su información y posible vinculación a los mismos. El Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación establecerá la vía de comunicación más adecuada.

Ello requiere:

- Determinar el objetivo y la audiencia a la que irá dirigida.
- Diseñar el mensaje.
- Valorar los recursos disponibles y posibles dificultades.
- Contar con los medios/sectores que faciliten la difusión.

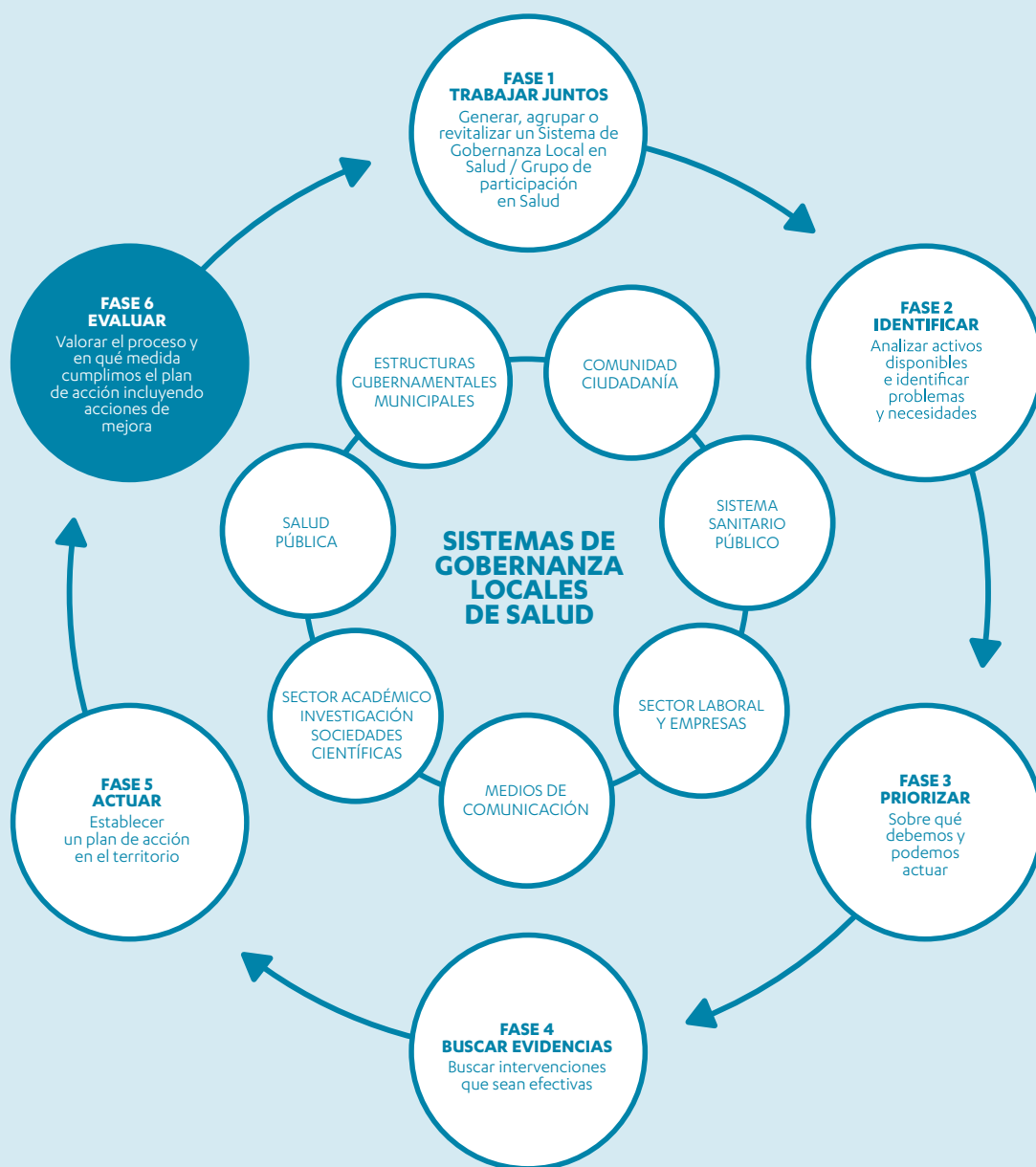
Documentos de referencia

1. Material del Anexo I para la **Fase 5**.
2. Act 's on what 's important Community Health Rankings and Roadmaps.
3. Materiales para desarrollar una intervención comunitaria. Caja de Herramientas Comunitarias.
4. Metodología de la intervención comunitaria. Los procesos comunitarios.
5. Community Health Assessment aNd Group Evaluation (CHANGE) Action Guide de los CDC
6. Definir guías de estilo para el uso de redes sociales.
7. 10 tácticas para transformar la información en acción del Tactical Technologic Collective.
8. Un esquema para la identificación de alianzas y resistencias del M+R Strategic Services.

ASTURIAS ACTÚA EN SALUD

FASE 0 PUNTO DE PARTIDA

Iniciar un proceso de reflexión sobre porqué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local



FASE 6. Evaluar. Diseñar una evaluación, evaluar lo que hacemos

El objetivo fundamental de esta fase es valorar en qué medida hemos cumplido nuestros objetivos y nuestras actuaciones, así como introducir las acciones de mejora que consideremos necesarias.

Puntos clave

1. Establecer mecanismos de evaluación que permitan realizar medidas de mejora en todo el proceso respondiendo a la siguiente pregunta: ¿qué hemos aprendido del proceso de trabajo y cómo podemos seguir trabajando mejor a partir de ahora?
2. Conseguir un plan mínimo de evaluación en base al plan de acción previsto: objetivos, acciones desarrolladas, indicadores de evaluación, etc.
3. Incorporar, en la medida de lo posible, indicadores de evaluación tanto del proceso como de los resultados.
4. Incorporar en esta evaluación la perspectiva de salud en todas las políticas, equidad y participación.
5. Tener en cuenta los criterios de calidad en intervenciones de Promoción de la Salud⁶⁹, considerando éstos como aspectos que guían la mejora continua de los proyectos.

Acciones a desarrollar

FORMARSE SOBRE EVALUACIÓN ANTES DE COMENZAR

Es necesario tener unas ideas claras y básicas sobre cómo podría evaluarse el proceso y los resultados de forma participativa.

Para ello, podría consultarse la documentación de referencia o si es necesario valorar la posibilidad de solicitar una formación específica al Observatorio de Salud en Asturias.

ESTABLECER UN PLAN DE EVALUACIÓN, DISEÑAR UNA EVALUACIÓN.

La evaluación será un aspecto a tener en cuenta desde el inicio del proceso comunitario. Debe plantearse evaluar no sólo los resultados de las acciones desarrolladas, también el proceso en sí: ¿ha sido un proceso con una participación real de la comunidad?, ¿se ha orientado hacia los determinantes de la salud y la perspectiva de equidad?, ¿han participado todos los sectores en el Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación en salud?...

Por tanto, se realizará una evaluación basada en:

1. Los aspectos transversales que caracterizan un Sistema de Gobernanza Local en Salud / Grupo de participación en Salud: participación ciudadana, intersectorialidad, representatividad, etc.
2. La orientación hacia los determinantes de la salud, la perspectiva de equidad, la participación ciudadana como eje central de todas las fases...

3. La matriz de planificación que ha construido el Sistema de Gobernanza Local. De esta forma, para llevar a cabo la evaluación retomaremos los objetivos marcados por el grupo, así como las acciones previstas, los indicadores, plazos de ejecución... realizando la evaluación en base a dichos criterios.

Se tratará por tanto de realizar una evaluación continuada a lo largo de todo el proceso de planificación y desarrollo del plan así como de una evaluación de los resultados e impacto.

Durante el proceso de evaluación también se pueden utilizar herramientas más estandarizadas que permitan evaluar la calidad de las intervenciones desarrolladas. En este ámbito se aconseja la utilización de los criterios de calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Considera un proyecto de calidad “aquel cuyo diseño, procesos, resultados y efectos sean conformes a unos determinados criterios de calidad”⁶⁹. De cara a valorar el grado de desarrollo de cada criterio de calidad de cada intervención vinculada al plan de acción se deben formular aquellos indicadores que se ajusten más a su realidad.

En líneas generales consiste en:

- Seleccionar las preguntas y plantear la evaluación.
- Seleccionar el diseño adecuado al contexto y medios necesarios.
- Recolectar y analizar la información.

RECOPILAR LA INFORMACIÓN NECESARIA

Recopilar información del proceso y los resultados obtenidos, tanto cuantitativa como cualitativa consultando su opinión a los miembros del Sistema de

Gobernanza Local / Espacio de participación en Salud, población a la que han ido dirigida las acciones y población general a nivel local.

Algunos aspectos a tener en cuenta:

- La metodología de evaluación debe ser lo más participativa posible y sencilla.
- Muchos datos pueden partir de los utilizados para la identificación de problemas.
- Normalmente se debe combinar información cuantitativa (cifras, datos) con cualitativa (recogida de las opiniones de las personas implicadas).
- Es fundamental valorar los recursos disponibles para llevar a cabo la evaluación de cara a planificar el diseño y tipo de evaluación a realizar.
- La información se organizará en torno a los objetivos y metas inicialmente previstos.

ANALIZAR LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y ELABORAR UN INFORME CON PROPUESTAS DE MEJORA

La estructura del informe puede plantearse en base a los objetivos del propio Sistema de Gobernanza Local / Grupo de participación y la matriz de planificación inicialmente prevista incluyendo otros aspectos que pudieran ser interesantes.

PRESENTAR LA EVALUACIÓN AL RESTO DEL SISTEMA DE GOBERNANZA LOCAL /GRUPO DE PARTICIPACIÓN EN SALUD

Presentar la evaluación al resto del grupo planteando entre todos posibles medidas correctoras.

ESTABLECER LAS MEDIDAS CORRECTORAS SEGÚN LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Llevar a cabo las medidas identificadas para mejorar el proceso y resultados.

COMPARTIR LOS RESULTADOS

La transparencia es fundamental. Difundir la evaluación realizada de la forma que el Sistema de Gobernanza Local en Salud considere más oportuna como se indicó en la fase anterior. Puede ser a través de unas Jornadas, utilizando redes sociales (videos, imágenes, Facebook, Twitter...), medios de comunicación tradicional, etc.

Deben usarse diversos medios a la vez para llegar a un mayor número de personas.

Documentos de referencia

1. Material del Anexo I para la **Fase 6**.
2. Criterios de Calidad en Promoción de la Salud. Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud. Resumen en Anexo.
3. Capítulo 36. Introducción a la evaluación de la “Caja de Herramientas Comunitarias”
4. Capítulo 37. Algunas operaciones para evaluar intervenciones comunitarias de la “Caja de Herramientas Comunitarias”
5. Capítulo 38. Algunos métodos para evaluar iniciativas comunitarias integrales de la “Caja de Herramientas Comunitarias”
6. Capítulo 39. Usar el sistema de evaluación para entender y mejorar la Iniciativa de la “Caja de Herramientas Comunitarias”.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Morgan A, Davis M, Ziglio E. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. Springer; 2010.
2. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; (Suppl 2):17–22.
3. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
4. Grupo de trabajo de Salud Comunitaria. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Propuesta de metodología para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Borrador. Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2015.
5. OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
6. ¿Qué es la Alianza de Salud Comunitaria? [Internet]. Jornada Presentación Alianza Salud Comunitaria. Disponible en:
<https://jornadasaludcomunitaria.wordpress.com/alianza-de-salud-comunitaria/>
7. Marchioni M., Morin LM, Álamo J. Metodología de la intervención comunitaria. Los procesos comunitarios. En Buades J, Giménez C. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios. Generalitat Valenciana: CeiMigra; 2013. Cap 2: 58 – 72. Disponible en:
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/03/2-metodologia-de-intervencio3b3n-comunitaria.pdf>
8. Buck D. Improving the public's health: a London: resource The for King's local Fund; 2013. 60 p. Disponible en:
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-the-publics-health-kingsfund-dec13.pdf
9. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
10. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
11. OMS. Determinantes sociales de la salud. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/es/
12. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO Regional Office for Europe, 1990. Disponible en:
https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf

13. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Oct 15]; 22:S35–45. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/03.pdf>
14. Escartín P, López V, Ruiz-Giménez JL. La participación comunitaria en salud. *Comunidad* 2015; 17 (2). Disponible en:
<http://comunidadsemfyc.es/>
15. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Disponible en:
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2012/11/recomendaciones-pacap.pdf>
16. Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
17. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación;1986. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
18. I Conferencia Salud Comunitaria. Espacio para la construcción de un documento colaborativo para el impulso de la salud comunitaria. Asturias; 2012.
<https://conferenciasaludcomunitaria.wordpress.com/1-que-es-la-salud-comunitaria/>
19. Organización Panamericana de la Salud. Salud en todas las Políticas – marco para la acción de países [Internet]. 2013 Recuperado a partir de:
http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=333&Itemid=
20. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en:
<http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
21. Rodríguez Charo, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev. salud pública*. 12 (1): 151-159, 2010. Disponible en:
<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a11.pdf>
22. Flores W. ¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia? Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. Disponible en:
http://www.cegss.org.gt/documentos/Que_es_la_gobernanza.pdf
23. Brandling J, William H. Social Prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract*. 2009 Jun 1; 59(563): 454-456. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688060/>

-
- 24.** Consejería de Sanidad de Asturias. Asturias Actúa: Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción. Observatorio de Salud en Asturias; 2012. Disponible en:
- <http://www.observatoriodeasturias.com/obsa/asturias-actua-en-salud/>
- 25.** County Health Rankings & Roadmaps. Building a Culture of Health, County by County. University of Wisconsin Population Health Institute, School of Medicine and Public Health. Robert Wood Johnson Foundation. Disponible en:
- <http://www.countyhealthrankings.org/>
- 26.** Kretzmann J, McKnight J. Building communities from the inside out: a path to finding and mobilising a community's assets. Illinois: ABCD Institute; 1993. Introducción disponible en:
- <http://www.abcdinstitute.org/publications/basicmanual/>
- 27.** Duarte Nunes, Everardo. «La importancia del estudio de la sociología médica: un texto del siglo XIX», p. 315.
- <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/62143.pdf>
- 28.** Mc. Intire Charles. The importance of the study of medical sociology. Bulletin of the American Academy of Medicine. Nº 19 February 1894. Disponible en:
- www.aamc.org/download/172528/data/bulletin_of_the_american_academy_of_medicine_1894.pdf
- 29.** Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Minister of Supply and Services Canada, 1981. Disponible en:
- <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- 30.** McKeown, T. The Origins of Human Disease, versión en español «Los orígenes de las enfermedades humanas», ed. Triacastela, 2006.
- 31.** Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies; 1991
- 32.** Segura J. Curso de Desigualdades Sociales en Salud (DSS), lección 4ª: Repasando algunos estudios epidemiológicos históricos (3ª parte). El informe Black-The Black report. 2007. Disponible en:
- http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/10/28/77550
- 33.** Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de salud. Los hechos probados World Health Organization; 2003. Disponible en:
- <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
- 34.** Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. BMJ. 2001 Nov 3;323(7320):1061-3.
- 35.** Navarro V, Shi L The political context of social inequalities and health. Soc Sci Med 2001;52:481-491.
- 36.** Krieger N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. J Epidemiol Community Health. 2008;62(12):1098-104.
- 37.** Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985 Mar;14(1):32-8.

-
- 38.** Doyal L. Gender equity in health, debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 2000; 51:931-939 Disponible en:
- https://www.researchgate.net/profile/Lesley_Doyal/publication/12350546_Gender_equity_in_health_debates_and_dilemmas/links/00b49521c69958f236000000.pdf
- 39.** Uría M. La equidad de género en salud. Los planteamientos de Lesley Doyal. E-Notas nº2 2012.
- <http://www.enotas.es/?revision-clasico=1051>
- 40.** Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. Consejería de Sanidad y Servicio de Salud del Principado de Asturias Gobierno del principado de Asturias; 2014. Disponible en:
- https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/Estrategia%20Cronicidad_online.pdf
- 41.** Observatorio de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Instituto Asturiano de la Mujer. Situación de Mujeres y Hombres en Asturias 2015. Gobierno del Principado de Asturias; 2015. Disponible en:
- <http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2014/11/Situaci%C3%B3n-de-mujeres-y-hombres-en-Asturias-2015.pdf>
- 42.** Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud; Sept. 6 a 12 1978; Alma -Ata; URSS.
- 43.** Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud: noviembre 1986; Ottawa. Disponible en:
- <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- 44.** Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Francisco. Jossey-Bass, San
- 45.** Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11, 11–18
- 46.** Lindström B, Eriksson M. Un abordaje salutogénico para reducir las desigualdades en salud. En Hernán M, Morgan A, Mena AL (ed.). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2013
- 47.** Álvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz Cantero MT, et al. Improving the evidence base on public health assets — the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:721–3
- 48.** Rivadeneyra A. La Salud en todas las Políticas. Fundamentos de la estrategia, antecedentes y elementos facilitadores para su implementación. Congreso de Promoción de la Salud. Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables. Bilbao, mayo 2015. Disponible en:
- <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2016/04/key-messages-es.pdf>

-
- 49.** World Health Organization. Todo lo que necesita saber sobre la salud en todas las políticas.
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2016/04/key-messages-es.pdf>
- 50.** Declaración de Adelaida. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. 5-9 de abril de 1988; Adelaida.
- 51.** Declaración de Helsinki de Salud en todas las Políticas. 2013; Helsinki Disponible en:
http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
- 52.** Hart RA. Children's participation From Tokenism to citizenship. United Nations Children's Fund. Innocenti Essays N 4; 1992 Disponible en:
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens_participation.pdf
- 53.** Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2008. Disponible en:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
- 54.** Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Informe preliminar de resultados del Proyecto piloto para el desarrollo de la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (Proyecto RELAS); 2010. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_8_accion_local/relas.pdf
- 55.** Ley 14/1986, de 25 abril 1986, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986
- 56.** Ley 33/2011 General de Salud Pública, de 4 de octubre. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104593 a 104626
- 57.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS Madrid, 2015.
- 58.** Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOPA núm. 162 de 13 de Julio de 1992 y BOE núm. 211 de 02 de Septiembre de 1992.
- 59.** Decreto 2/2006, de 12 de enero, por el que se regula la Constitución y Funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona. BOPA núm. 20 de 26 de enero de 2006.
- 60.** Decreto 3/2006, de 12 de enero, por el que se regula la Constitución y Funcionamiento de los Consejos de Salud de Área. BOPA núm. 20 de 26 de enero de 2006.
- 61.** Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOPA núm. 170 de 23 de julio de 2009.
- 62.** Estudio para la reforma de los Decretos reguladores de los Consejos de Salud del Principado de Asturias. Escuela Comunitaria de Salud (ESCO). 25 de marzo de 2011. A pie de Barrio. Red Social Promoción Salud.

- 63.** Plan sobre drogas del Principado de Asturias 2010/2016. Unidad de Coordinación del Plan de Drogas Dirección General de Salud Pública; 2010. Disponible en:
- https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Plan/PLAN%20SOBRE%20DROGAS%202010%202016.pdf
- 64.** Plan de Salud para Asturias 2004 – 2007. La salud como horizonte. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2007. Disponible en:
- http://tematico.asturias.es/salud/plan/plan/documento/plan_salud.pdf
- 65.** Documento marco: propuestas para la participación ciudadana en salud en Asturias. [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2011. Disponible en:
- <https://goo.gl/kdGQSP>
- 66.** Cofiño R, Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, et al. Mapas de déficits y mapas de activos en prevención de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria*. 2012 Jun;14:23–7.
- 67.** Remington PL, Catlin BB, Gennuso KP. The County Health Rankings: rationale and methods. *Population Health Metrics* [Internet]. 2015 Dec [cited 2015 Nov 18];13(1). Available from:
- <http://www.pophealthmetrics.com/content/13/1/11>
- 68.** Irigoyen JJ. La reestructuración de la profesión médica. *Rev. Política y Sociedad*, 2011, Vol. 48 Núm. 2: 277-293. Disponible en:
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3731413>
- 69.** Granizo C, Gallego J. Criterios de Calidad en Promoción de la Salud. Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud. Gobierno de Aragón; 2007. Disponible en:
- <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/CRITERIOS+RAPPS.PDF>
- 70.** Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2013 Mar [cited 2013 Jun 26];27(2):180–3. Disponible en:
- <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911112001896>
- 71.** Cofiño R, Pasarín M. I, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Jun 26];26:88–93. Disponible en:
- <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111003669>
- 72.** Acción intersectorial en el ámbito local y Participación comunitaria en salud. Observatorio de Salud en Asturias. Taller EquityAction, enero, 2014.
- http://www.slideshare.net/Observatorio_Salud_Asturias/2-1-intersectorialidad-y-promocin-de-la-salud-en-el-ambito-local-intersectorialidad-y-participacion
- 73.** Growing Communities from the Inside Out - JSNAs in the Wakefield District [Internet]. Disponible en:
- http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=679e8e67-6d41-49a9-a8e1-452959f4f564&groupId=10180

-
- 74.** NICE public health guidance. Community engagement to improve health [Internet]. 2008 [cited 2010 Feb 7]. Disponible en:

<http://guidance.nice.org.uk/PH9/Guidance/doc/English>

- 75.** G D, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. WHO; 1991. Available from:

<http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/05/14/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

- 76.** Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269.

- 77.** Oliva J, Ruiz-Gimenez JL y Segura del Pozo J. ¿Qué hacemos contra recortes y privatizaciones por un modelo universal y equitativo de la sanidad pública? - Akal 2014.

- 78.** Sastre M. Cofiño R. Servicios Sanitarios y orientación hacia la comunidad. Salubrismo o barbarie. En prensa.

- 79.** Hancock, Trevor. «Beyond Health Care: From Public Health Policy to Health Public Policy» Canadian Journal of Public Health 76, Supplement One (May/June 1985).

GUÍA PARA TRABAJAR EN **SALUD** **COMUNITARIA** EN ASTURIAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD
