

Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria



Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse
en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco:

<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Equipo redactor:

- Aitziber Benito, Beatriz Nuin, Yon Sorarrain (*Promoción de la Salud. Dirección de Salud Pública y Adicciones*)
- María Blanco (*Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa*)
- María José Astillero (*Comarca de Salud Pública. Gernika-Lea-Artibai Eskualdea. Bizkaia*)
- Agurtzane Paskual (*OSI Barrualde-Galdakao ESI*)
- Ana Porta (*Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad. Servicios Centrales. Osakidetza*)
- Itziar Vergara (*Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa*)

Esta Guía ha sido realizada durante 2014 y 2015 gracias a un proceso previo de reflexión unido a otro de formación-acción. Las experiencias prácticas derivadas de este proceso han permitido contrastar y enriquecer el contenido de la Guía.

Agradecer la colaboración de las y los profesionales* que han participado en el proceso de formación-acción por su dedicación, aportaciones y feedback mantenido durante todo el proceso y en especial a M^a Eugenia Azpeitia, Pedro Iturrioz, Jose Luis López, Sheila Sánchez, responsables docentes de esta formación.

Así mismo, queremos agradecer al grupo de trabajo del Observatorio de Salud de Asturias su proyecto "Asturias Actúa", ya que ha constituido el punto de partida para la redacción de esta guía.

Edición:

Septiembre 2016

Tirada:

1.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Diseño:

Daniel Gibert Cobos - Dreams Factory, Arte Digital

Dirección, coordinación y elaboración:

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

Impresión:

Graficolor 2000, S.A.

Depósito Legal:

BI-1192-2016

* Elena Albisua, María Aranzazu Ahedo, Amaia Ajuria, Janire Ajuriagojeaskoa, Pedro María Arrarte, Rosa María Azkue, Jose Ramon Bardeci, Lucia Bengoechea, Carlos Blanco, Yolanda Cantera, Irantzu Córdoba, Rosa María Domingo, M^a Izaskun Eraña, Ana Errasti, Nagore Errasti, Gemma Estevez, Ana Rosa Francisco, Andrea Gabillondo, Javier Garaizabal, Ignacio García, María Juncal García, Aitziber Garmendia, M. del Coro Garmendia, María Isabel Goicoechea, María Jose Goñi, Zalaa Gorostizaga, María Jesus Jauregui, Iratxe Lamikiz, Gemma Larbide, María Angeles Larrinaga, Eduardo Llinas, Jesus Francisco Lorenzo, Nerea Macazaga, Enara Maiz, Isabel Martín, Justo Mugica, M^a Del Eñor Ortuondo, Monica Otazua, Juan Ramon Perez, María Jesus Perez de Arenaza, Tomas Plazaola, Miryam Begoña Pozas, Gema Rodríguez, Rosa María Sancho, Patricia Sancho, Miguel Ángel Santiago, María Amaia Tellería, Angélica Ugarte, María Dolores Ureña, Elena Uribe, Ines Urieta, María Aranzazu Urruzola, María Carmen Virto, Miren Josune Ziarrusta, Itxaso Zuluaga.

Presentación

Este documento nace del interés del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de Osakidetza de fomentar la incorporación del abordaje comunitario de la salud en sus organizaciones de servicios.

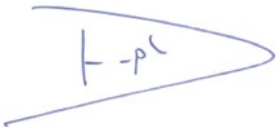
El Plan de Salud 2013-2020 presentado bajo el lema “Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi”, en su área prioritaria “Equidad y Responsabilidad” incluye entre sus acciones, “Desarrollar y potenciar la acción comunitaria en salud mediante intervenciones de salud poblacional con la participación y protagonismo de todos los agentes”.

Al mismo tiempo, en el año 2013, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza desarrollaron el Plan de Atención Integrada de Euskadi, con el objetivo de que las Organizaciones Sanitarias Integradas adopten un enfoque proactivo asegurando la atención necesaria en función de las necesidades sanitarias y sociales de todas las personas. Los tres pilares en los que se asienta este plan: la gobernanza integrada, el enfoque poblacional y la cultura y los valores, incluyen como elemento clave el abordaje comunitario de la salud.

El documento que se presenta, pretende ser una herramienta que facilite y actúe de hilo conductor para este abordaje. Parte de la realidad de nuestras organizaciones, sin embargo, podría ser de utilidad para todos aquellos agentes comunitarios que decidieran incorporar esta perspectiva a sus actividades habituales. Por ello, esta guía presenta una metodología abierta dirigida a cualquier agente comunitario que quiera iniciar o reconducir procesos participativos en ámbitos geográficos concretos.

Este modelo de trabajo parte de una visión de la promoción de la salud basada en la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad. Para ello, la sociedad y los sectores no sanitarios deberán adquirir un papel muy relevante en el análisis, priorización, intervención y evaluación de las intervenciones que conducirán al fortalecimiento y dinamización de los propios recursos/activos para la salud existentes a nivel local. Con el objetivo de trabajar de forma conjunta en este escenario, consideramos importante tratar de diseñar un marco teórico de actuación inclusivo, que coordine mejor las actuaciones tanto nuevas como las existentes.

Creemos que esta guía va a suponer un paso adelante en el camino de fortalecer la acción comunitaria como forma de abordar las inequidades en salud y los determinantes de la salud de nuestras comunidades.



Jon Darpón Sierra

*Consejero de Salud
del Gobierno Vasco*

Índice de contenidos

Glosario de términos	3
Introducción	6
Etapas del proceso comunitario	13
1 Conocerse y conectar	14
1.1 El grupo promotor	15
1.2 La red local para la salud	15
2 Elaborar el diagnóstico comunitario	17
2.1 Explorar la comunidad	17
2.2 Identificar necesidades y recursos	20
3 Priorizar	23
3.1 Devolver la información	23
3.2 Priorizar las necesidades	24
4 Actuar	26
4.1 Consolidar la red local para la salud	26
4.2 Definir el equipo de trabajo	27
4.3 Diseñar las intervenciones	27
4.4 Poner en marcha las intervenciones	30
4.5 Evaluar las intervenciones	30
5 Evaluar el proceso	32
Conclusiones	35
Referencias bibliográficas	36

Glosario de términos

Este glosario recoge la definición de los términos más relevantes utilizados en el documento.

Abordaje comunitario de la salud basado en activos

Modelo de trabajo en el campo de la promoción de la salud basado en la identificación de fortalezas de la comunidad como un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad. En contraposición con el modelo de déficits en salud, el proceso enfatiza el origen de la salud y se centra en la búsqueda de soluciones a partir de elementos positivos o activos para la salud de las personas y las comunidades.

Cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias útiles para ser empleadas en la búsqueda de soluciones positivas.

Activos para la salud

Cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener su salud y bienestar¹.

Son recursos presentes en la comunidad relacionados con las personas, los lugares, las instituciones u organizaciones, que pueden ser utilizados para promover la salud y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la comunidad o de las personas que la integran.

La diferencia entre un recurso que no genera salud y un recurso que sí lo hace, activo, es que la comunidad lo señale y lo reconozca como riqueza, como un elemento que mejora el bienestar a nivel individual, familiar o comunitario.

Agentes de la Comunidad

Administración, recursos profesionales y técnicos (servicios sociales, sanitarios, educativos...) y ciudadanía (tanto asociaciones como personas no asociadas).

Comunidad

Grupo específico de personas, que viven y/o desarrollan su actividad en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que han desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas².

Desigualdades sociales de la salud

Diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por factores sociales, económicos, demográficos o geográficos. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades de acceso a recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos³.

Determinantes sociales de la salud

Condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y se relacionan, en definitiva, en las que transcurre su vida y que tienen un impacto en su salud.

El impacto en la salud de determinantes como el lugar de residencia, el nivel educativo, las relaciones sociales, el tipo de trabajo, el nivel de ingresos, el acceso a los servicios, las políticas económicas, culturales y medioambientales o las leyes del mercado es mucho mayor que el peso del propio sistema sanitario.

Empoderamiento para la salud

Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud².

El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo 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.

Intervención comunitaria en salud

Intervención realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación y que difiere de otro tipo de intervenciones en las que la comunidad actúa únicamente como receptora de la intervención.

Participación comunitaria en salud

Implicación de una comunidad en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente. Supone la organización de la comunidad y la toma de conciencia colectiva. Participación y empoderamiento de la comunidad son conceptos muy relacionados.

Proceso comunitario en salud

Abordaje de los determinantes de la salud en una comunidad por los distintos agentes comunitarios, y que contempla la incorporación de mecanismos de participación comunitaria.

Hace referencia a la capacidad que tienen, para incidir en la salud de la población, los agentes sociales, sanitarios, educativos, municipales o asociativos que operan en un determinado entorno.

En lo que respecta a los servicios de salud, supone la incorporación de la perspectiva comunitaria a su trabajo.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas 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 en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud².

Red local para la salud

Agrupación de los diferentes agentes de la comunidad (administración, recursos profesionales y técnicos y ciudadanía) organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que tienen una incidencia directa en la salud de la comunidad y que se abordan de manera activa y sistemática, evitando duplicidades y fomentando el trabajo conjunto sobre la base del compromiso y la confianza.

Salud comunitaria

Expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.

Introducción

El Plan de Salud de Euskadi 2013-2020⁴, en su área prioritaria “Equidad y Responsabilidad”, establece entre sus acciones el desarrollo y potenciación de la acción comunitaria en salud con la participación y protagonismo de los diferentes agentes a nivel local.

Al mismo tiempo en el año 2013, el Departamento de Salud y Osakidetza desarrollaron el Plan de Atención Integrada de Euskadi⁵, con el objetivo de que las Organizaciones Sanitarias Integradas adoptaran un enfoque proactivo dirigido a mejorar la salud de la población, asegurando la atención necesaria en función de las necesidades sanitarias y sociales de todas las personas. Este Plan de Atención Integrada se asienta en tres pilares: la gobernanza integrada, el enfoque poblacional y la cultura y los valores.

El abordaje comunitario de la salud es un elemento clave para el desarrollo de ambos planes y este documento nace del interés del Departamento de Salud y de Osakidetza de fomentar la incorporación de este abordaje en sus organizaciones de servicios. Por este motivo, el documento se desarrolla partiendo de la realidad de ambas instituciones, sin embargo, podría ser de utilidad para todos aquellos agentes comunitarios que decidieran incorporar esta perspectiva a sus actividades habituales.

Dentro de nuestra comunidad y ligados al ámbito municipal, existen diferentes espacios de coordinación y participación donde se desarrollan acciones vinculadas al bienestar de la comunidad. En ocasiones los espacios y las actuaciones desarrolladas se duplican por la falta de conexión y coordinación entre los diferentes sectores y agentes implicados, lo que dificulta alcanzar los logros previstos y la sostenibilidad del proyecto a largo y medio plazo.

A esto hay que añadir, la falta de objetivos compartidos y de un lenguaje común entre todos ellos, así como la ausencia de procedimientos a la hora de priorizar las actividades, poner en marcha los proyectos en el territorio o evaluar las intervenciones. Muchas de las evaluaciones que se realizan carecen de una perspectiva de salud poblacional en el ámbito local.

Además, en nuestro medio, las iniciativas en las que la ciudadanía participa de forma activa en el ámbito de la salud cuentan con un escaso desarrollo, siendo este un elemento clave del abordaje comunitario de la salud.

Con el objetivo de trabajar de forma conjunta en este escenario, se considera importante diseñar un marco teórico de actuación inclusivo, que permita incorporar la perspectiva comunitaria a las instituciones de salud implicadas en este trabajo. La propuesta de metodología que se presenta, 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.

Esta guía presenta una metodología abierta dirigida a cualquier agente comunitario que quiera iniciar o reconducir procesos participativos en ámbitos geográficos concretos.

Desde este modelo de trabajo se parte de una visión de la promoción de la salud en el que un elemento vital es la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan tomar

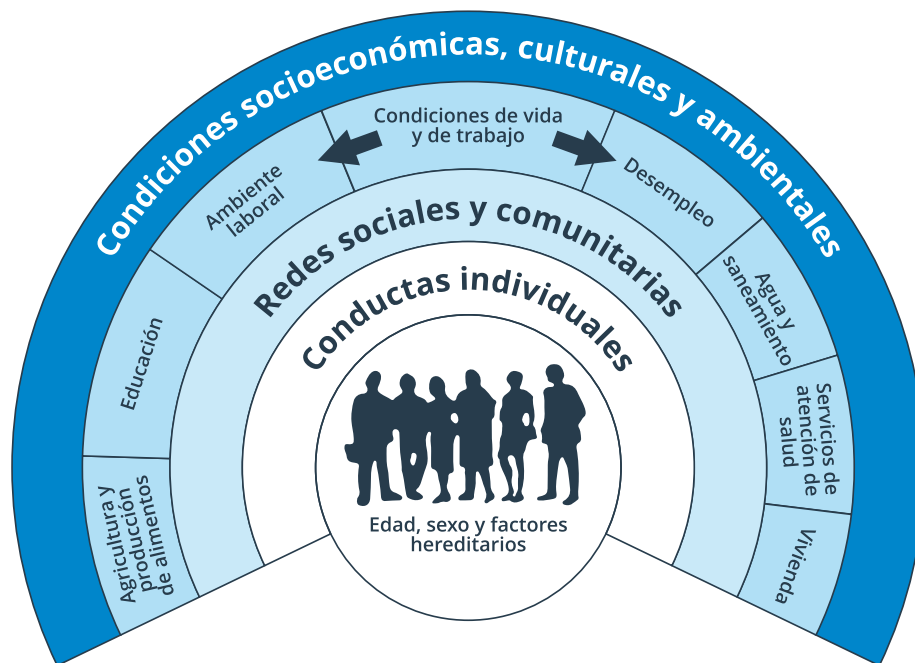
“Diseñar un marco teórico de actuación inclusivo, que permita incorporar la perspectiva comunitaria a las instituciones de salud”

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.

Los determinantes de la salud y la salud comunitaria

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen a su vez de las políticas vigentes. Los determinantes sociales de la salud⁶ explican la mayor parte de las desigualdades en salud, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación de salud (ver figura 1).

▼ [Figura 1. Factores que afectan a la salud.](#)

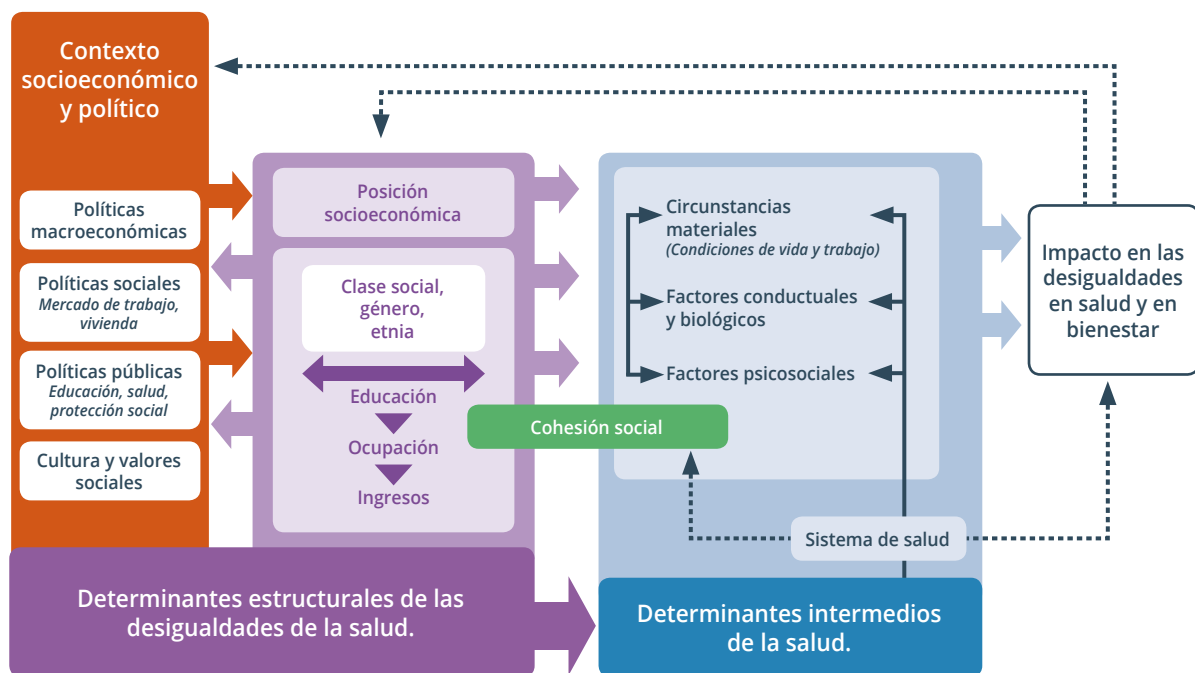


Fuente: Dahlgren G, Whitehead M. 1991⁶.

El impacto de las intervenciones dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud es variable. Así, las políticas macroeconómicas (de empleo, de derechos, etc.) influyen en mayor medida y sobre más cantidad de personas que las intervenciones más cercanas a los individuos. Además, la acción simultánea en diversos niveles suele potenciar los efectos de las intervenciones, por lo que conviene alinear las acciones sobre la persona y su entorno próximo, como la familia, el lugar de estudio o de trabajo y el barrio, con las políticas sobre ámbitos más generales⁷.

El ámbito comunitario es el contexto micro en el que cristalizan un buen número de determinantes intermedios de la salud y en el que es probable que las políticas de salud pública y otras, impacten de forma desigual (ver figura 2). Esta es la justificación fundamental de la necesidad de abordar dichos determinantes desde una perspectiva diferente a la de la política sanitaria habitual y más cercana a la realidad del contexto micro en cuestión. Dicho abordaje, constituye la salud comunitaria.

▼ Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS⁸.

La promoción de la salud

La promoción de la salud puede definirse como *“El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye acciones tanto a nivel individual, como aquellas de tipo poblacional dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de cara a mitigar su impacto en la salud pública e individual”*.

En la Declaración de **Alma-Ata**⁹ de 1978 elaborada en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS y UNICEF, se concluyó que la participación comunitaria en salud es *“El proceso en virtud del cual los individuos y las 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 al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Todo ello, les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de servicios”*.

Posteriormente, en 1986 durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la salud se elabora la **Carta de Ottawa**¹⁰, documento de la OMS dirigido a la consecución del objetivo de *“Salud para todos en el año 2000”* en respuesta a la nueva tendencia hacia un enfoque positivo de la salud.

En la Carta se indica que la participación activa en la promoción de la salud implica cinco áreas de acción prioritarias:

- Elaboración de políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes favorables a la salud.
- Refuerzo de la acción comunitaria a través de la participación activa.

- Desarrollo de las aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

A finales de los 70 el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la **salutogénesis**¹¹, así como diferentes conceptos que hoy en día podrían tener importantes aplicaciones dentro del campo de la salud pública y la promoción de la salud. Dos de los elementos de mayor impacto son; la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos llamados “Recursos Generales de Resistencia” y el desarrollo de lo que denominó el Sentido de la Coherencia (SOC “Sense of Coherence”) definido como la capacidad de saber utilizar dichos recursos¹².

La **Declaración de Adelaida**¹³ de 1998 sobre la Salud en Todas las Políticas se enfoca en los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, con la idea de que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componentes esenciales de la formulación de sus políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social que es en la que se debe actuar. Además, las corporaciones municipales, de las que dependen las políticas locales, tienen una gran capacidad de actuación.

“Las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud. Las corporaciones municipales, de las que dependen las políticas locales, tienen una gran capacidad de actuación”

El abordaje comunitario de la salud basado en activos

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales, es decir, por los determinantes sociales de la salud¹⁴.

La propuesta de metodología para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria incorpora el análisis de la situación de la comunidad junto a la identificación de activos y en base a ello propone implementar acciones que puedan mejorar el bienestar aprovechando los recursos existentes. Este enfoque incorpora el modelo de **Desarrollo Comunitario Basado en Activos** (DCBA) de Kretzmann y McKnight¹⁵, identificando las capacidades de la comunidad para emplearlas como parte de un proceso de empoderamiento y participación.

Todo proceso comunitario para el abordaje de los determinantes sociales de la salud precisa de la intervención de tres protagonistas, cada uno con su propio papel y sus funciones:

- Administraciones (local u otras administraciones públicas), de las que depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación a nivel local. Es clave el papel de la autoridad municipal, como administración más directamente relacionada con la ciudadanía, de ahí la importancia de que introduzca fórmulas y normas que hagan de la participación un elemento diferencial y positivo de su forma de gobierno.
- Recursos profesionales y técnicos, personas que se relacionan directa y diariamente con la población y que gestionan servicios, programas y prestaciones (educativas, sociales, sanitarias, económicas...). Su papel es

“Se propone el análisis de la situación de la comunidad junto a la identificación de activos para implementar acciones que puedan mejorar el bienestar aprovechando los recursos existentes”

permitir que la población participe activamente para que no sea pura destinataria y beneficiaria de tales prestaciones. Aportan además elementos técnico-científicos y conocimiento de la realidad en la que se interviene.

- Ciudadanía, tanto sus organizaciones sociales (asociaciones y grupos formal e informalmente constituidos) así como otras personas, especialmente aquellas con liderazgo social. Estas personas son las verdaderas protagonistas del proceso con su participación activa en la vida pública.

Los procesos comunitarios pueden ser impulsados, propuestos o reconducidos por cualquiera de sus protagonistas.

La participación, elemento clave en el abordaje comunitario de la salud

La participación es un elemento estratégico fundamental para el desarrollo de la promoción de la salud. El abordaje comunitario de la salud, por definición es participativo. En la práctica, se puede entender como un proceso en el que intervienen recursos técnicos y profesionales, las administraciones y la comunidad y, en un sentido más operativo, como una modalidad de actuación y un instrumento para abordar problemáticas relacionadas con la salud dentro de un contexto comunitario¹⁶.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la ciudadanía, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe tener mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social. La aplicación de este concepto, ampliamente reconocido en el ámbito internacional, supone dotar a la sociedad de los elementos necesarios para ejercer su poder de decisión y capacidad de control. Hacer efectiva esta participación en salud ayuda a profundizar en la democratización de la sociedad para que el conjunto de la ciudadanía pueda ser agente de su propio desarrollo.

“La comunidad debe ser parte activa y protagonista de todo el proceso comunitario en todas sus fases”

Para que se dé una participación real y no simbólica de la comunidad, la comunidad debe ser parte activa y protagonista de todo el proceso comunitario en todas sus fases, desde el diseño y análisis de situación hasta su puesta en marcha y evaluación¹⁷.

La participación de la comunidad requiere su tiempo, es un proceso lento y complejo, pero sobre todo es un proceso abierto, aunque esto no significa que sea obligatoria.

La participación no tiene que ir vinculada a las personas, ya que éstas cambian con el tiempo, sino al propio proceso. Es decir, la implicación de las personas a lo largo del tiempo va cambiando, pero esto no debería afectar a la continuidad del proceso.

Dada la dificultad que, en nuestro medio, entraña la puesta en marcha de procesos participativos, es habitual encontrar experiencias presentadas como abordajes comunitarios de la salud en las que la ciudadanía no participa de forma activa y se limita a ser beneficiaria pasiva de las intervenciones. En este caso estaríamos hablando de **intervenciones intersectoriales o unisectoriales sin participación ciudadana** dirigidas a dar respuesta a necesidades de salud y se refieren al trabajo coordinado o integrado de instituciones representativas de los diversos sectores comunitarios.

Un nuevo reto sería potenciar el valor que ya tienen estas intervenciones, dándoles una orientación comunitaria, buscando la implicación de la ciudadanía y reflexionando sobre qué otros agentes de la comunidad podrían participar en las diferentes fases de la intervención (diseño, desarrollo y evaluación). Esto puede convertirse en el inicio de una verdadera dinámica comunitaria.

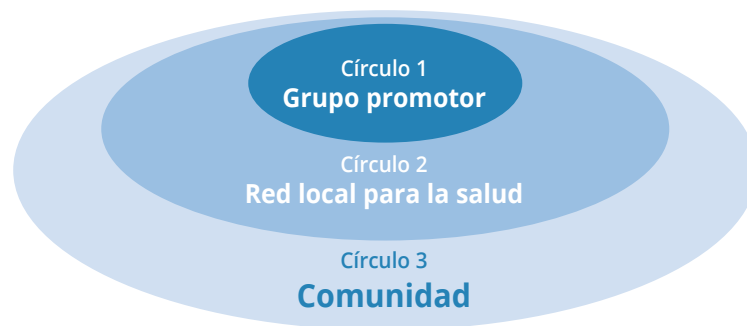
Un modelo de trabajo

Una buena manera de abordar la salud comunitaria es desarrollando un trabajo en red a nivel local. El trabajo en red consiste en crear alianzas, sinergias entre diferentes agentes, para establecer objetivos comunes y actuar cooperativamente para alcanzarlos, de forma que los recursos sean mejor aprovechados¹⁸.

Las redes locales mejoran la comunicación entre distintos grupos y ayudan a romper barreras dentro de la comunidad. De esta forma favorecen modelos de trabajo que permiten analizar los problemas a la luz de ópticas distintas y obtener un mejor diagnóstico y unas soluciones mejores y más eficientes. Igualmente, permiten situar la política y las acciones de salud en el escenario más cercano a la población, contribuyendo a capacitar a las personas para identificar sus recursos y fortalezas y hacer frente a sus problemas.

Una red se encuentra contextualizada en la comunidad en un sentido más amplio, con diferentes grados de implicación que pueden verse reflejados en el siguiente esquema (Ver figura 3)¹⁹:

▼ Figura 3: Grados de participación en una comunidad.



Fuente: Marchioni M, Morin LM, Álamo J. 2013¹⁹.

- Círculo 1: Grupo de personas, limitado en número, que garantiza la voluntad de llevar adelante el proceso y de asegurar el trabajo mínimo inicial para ponerlo en marcha y darle continuidad. Este grupo se dirige al conjunto de la comunidad, abriendo a esta la posibilidad de participar en el proyecto. Es el *grupo promotor* (GP).
- Círculo 2: Personas que ante la propuesta de participación del GP, comparten la iniciativa y contribuyen de manera parcial o puntual al proyecto decidiendo libre y autónomamente su grado de implicación/participación. En este documento, este círculo de colaboraciones parciales constituye la *Red local para la salud* (RLS).
- Círculo 3: Personas que no se implican, que no participan activamente. Se trata de un círculo informativo de personas que recibirán información de lo que se vaya haciendo durante el proceso y que estarán siempre invitadas a sumarse al mismo. Correspondería al *resto de la comunidad*.

Las instituciones, ¿están preparadas?

En general, las instituciones de nuestro medio deben hacer considerables esfuerzos para trabajar de forma intersectorial en cualquiera de los estadios del gradiente de la intersectorialidad. Además, estas instituciones, presentan grandes dificultades para incorporar a sus procesos habituales de trabajo dinámicas participativas, con la intervención de la ciudadanía.

Por otra parte, las y los profesionales del ámbito de la salud tenemos poca capacitación para tomar parte en procesos participativos. No disponemos en general, de las aptitudes ni de las herramientas para dinamizar dichos procesos, ni tan siquiera para tomar parte de ellos.

Una dificultad añadida a este tipo de procesos es que en general, suelen estar cuestionados tanto por parte de los propios profesionales como de las instituciones. Esto es debido, entre otras razones, a que la evidencia que existe sobre su efectividad no siempre es considerada suficiente, a la difícil definición de los plazos en las fases iniciales y a la ausencia de resultados inmediatos visibles y tangibles.

Todas las instituciones que proponen fomentar estas dinámicas de trabajo deben dedicar los recursos necesarios para superar estos obstáculos y permitir que los procesos puedan realizarse con garantía de calidad y continuidad, incorporando las dinámicas participativas a su propio funcionamiento, capacitando a sus profesionales y asumiendo la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades identificadas en los procesos comunitarios.

“Asumir la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades identificadas en los procesos comunitarios”

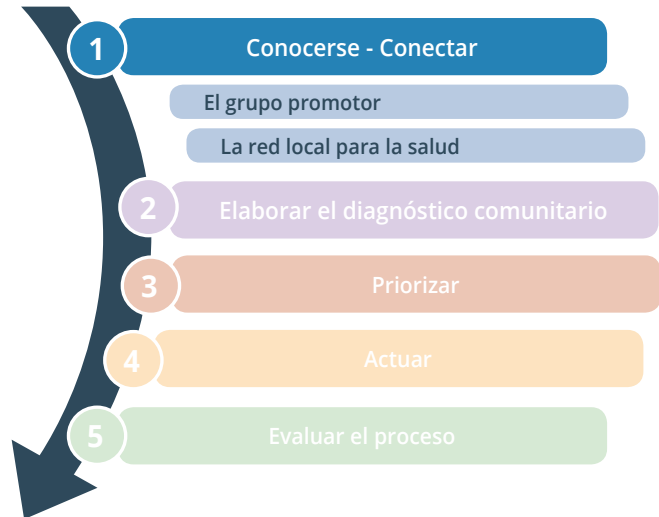
Etapas del proceso comunitario



1. Conocerse y conectar

En esta fase se describen los primeros pasos a dar para la puesta en marcha de un proceso comunitario. El punto de partida que se propone es el siguiente:

- 1 Contacto entre personal técnico comarcal de Salud Pública y del centro de salud. Ambos realizarán una primera aproximación al estado de salud de la comunidad en cuestión, utilizando para ello además de los clásicos indicadores de morbilidad y mortalidad, información sobre determinantes sociales de la salud y con una perspectiva de equidad. Estos datos están disponibles en la web del Departamento de Salud del Gobierno Vasco²⁰ <http://goo.gl/4BuhAP>. El área de epidemiología del Departamento de Salud y los servicios de Gestión Sanitaria de Osakidetza pueden colaborar en esta descripción del estado de salud de la comunidad.
- 2 Contacto con el gobierno local para organizar una primera reunión de información y sensibilización entre representantes de estas tres instituciones. Es importante que por parte del ayuntamiento asista a esta primera reunión alguna persona con capacidad de dotar al proyecto del respaldo e impulso institucional necesario. También conviene explicitar el compromiso institucional desde el ámbito de la salud (Subdirector/a, Coordinador/a Comarca, Gerencia Organización Salud Integrada, Jefe/a Unidad de Atención Primaria, etc.). Es conveniente que en esta reunión inicial, Salud Pública y Osakidetza realicen una presentación del proyecto basada en:
 - El marco de los determinantes sociales de la salud.
 - El enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP).
 - La importancia del abordaje comunitario de la salud.
 - Los datos de salud más reseñables de la comunidad que aporten una visión objetiva de la salud en el municipio.



En esta reunión se propondrá la creación de un GP que impulse un trabajo en red, su misión y objetivos iniciales así como la necesidad de la implicación activa del gobierno local para afrontar con garantías su continuidad. Igualmente se consultará a representantes municipales sobre la existencia de otros grupos que puedan estar trabajando en red en el municipio y/o foros de participación comunitaria.

El resultado de este primer contacto inicial puede generar 3 escenarios:

- a. El **ayuntamiento no está interesado** en tomar parte en la iniciativa de creación de una RLS. En este caso, Osakidetza y Salud Pública podrían poner en marcha algunas intervenciones, trabajando conjuntamente con alguna otra institución local o con una parte de la comunidad.
- b. El **ayuntamiento ya forma parte de alguna dinámica de trabajo en red en el municipio**, por ejemplo, foros de participación comunitaria y/o algún programa común con otras instituciones.

Trataremos de incorporarnos a la misma, aportando la visión de los determinantes de la salud y de la equidad en los objetivos y actividades.

- c. El **ayuntamiento está interesado en poner en marcha el proyecto de RLS** y no existe en el municipio ningún proceso comunitario en marcha. En este caso, se procurará la alianza de los tres (Osakidetza, Salud Pública y Ayuntamiento), para formar un GP inicial que facilite la creación de la RLS.

1.1. El grupo promotor

El GP estará formado inicialmente por representantes de estas tres instituciones: Ayuntamiento, Salud Pública y Osakidetza.

Es recomendable que, independientemente del área municipal al que pertenezcan (área de salud, servicios sociales, servicio de prevención comunitaria, urbanismo o cualquier otra), cuenten con el apoyo de niveles directivos o políticos. Si bien es importante contar con personas dinámicas, con habilidades sociales y/o de gestión de grupos, lo que realmente es imprescindible es que sean personas que crean en el proyecto.



El cometido del GP es:

- Iniciar e impulsar la creación de la RLS.
- Mantener activa la RLS.
- Garantizar la calidad y la equidad del proceso de trabajo de la RLS, así como de los programas e intervenciones derivadas.
- Mantener el flujo informativo sobre la marcha del proceso.

Es importante que el GP consensue desde un inicio sus objetivos, las normas de funcionamiento por las que se regirá y el liderazgo del mismo, así como la forma de comunicación entre sus participantes.

1.2. La red local para la salud

Una vez creado el GP, es el momento de iniciar la construcción de la RLS, una infraestructura inclusiva y participativa que represente al conjunto de agentes de la comunidad, con la función de abordar las cuestiones comunitarias participando en todas las fases.

El GP gracias al conocimiento que va adquiriendo de la comunidad, contacta con nuevos agentes, da a conocer sus propósitos y les plantea la adhesión al proceso comunitario.

El GP aplica el principio de no excluir a nadie y de informar a toda la comunidad, de forma que nadie pueda decir “no se ha contado conmigo”. Esto da la posibilidad de que personas que inicialmente no habían podido o querido participar en el proceso se adhieran a la RLS en cualquier momento o incluso que pasen a formar parte del GP.

“La RLS es algo que se va construyendo poco a poco a medida que el GP avanza en la siguiente etapa del proceso”

Naturalmente esto requiere que el GP no se limite a realizar una invitación e información iniciales, sino que las mantenga en el tiempo. El proceso necesita de un flujo informativo constante de forma que todas las personas, cualquiera que sea el círculo en el que se encuentren, estén igualmente informadas. Así se logra una correcta continuidad del proceso.

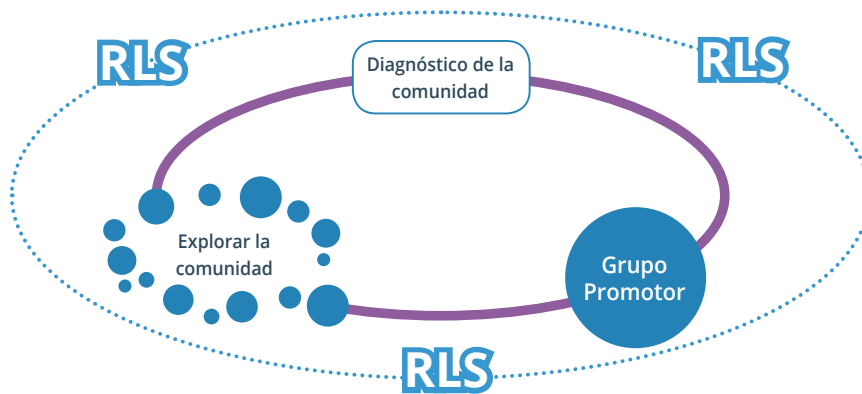
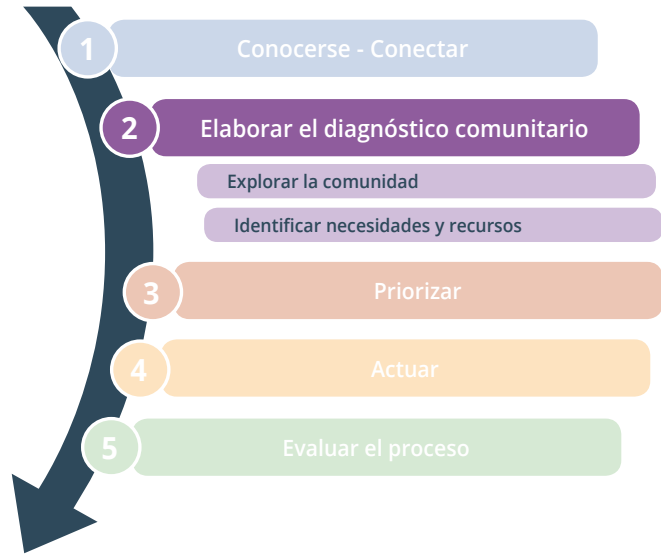
La RLS es algo que se va construyendo poco a poco a medida que el GP avanza en la siguiente etapa del proceso, el diagnóstico comunitario. Su construcción es un proceso vivo y se mantiene en continua adaptación al proceso comunitario.

Disponer de una RLS ayuda a:

- Romper barreras dentro de la comunidad al promover y mejorar la comunicación entre diferentes personas y/o grupos que normalmente no tienen contacto.
- Que de forma natural surjan líderes de entre la comunidad.
- Que la comunidad identifique sus propias fortalezas.
- Que la comunidad sea capaz de identificar sus propias necesidades y de afrontarlas de forma autónoma.
- Construir una base para una verdadera comunidad basada en la equidad y un cambio social positivo a largo plazo.

2. Elaborar el diagnóstico comunitario

Esta etapa la inicia el GP y se realiza de una forma dinámica. Comienza con la identificación de agentes comunitarios, lo que permite empezar a dar respuesta al objetivo de conocer la comunidad, sus necesidades, problemas, sus recursos y fortalezas. Al mismo tiempo, esta identificación de agentes servirá para ir tejiendo poco a poco la RLS.



Esta etapa se presenta en dos fases:

- Explorar la comunidad
- Identificar necesidades y recursos

2.1. Explorar la comunidad

Explorar la comunidad y sus principales determinantes de la salud significa conocer a quienes la integran, las actividades que realizan y dónde se llevan a cabo dichas actividades, los tipos de relación que tienen, así como los recursos disponibles o necesarios.

El conocimiento de la comunidad es fundamental en todo proceso comunitario y determinante para su futuro desarrollo. Toda la información que se consiga será muy valiosa para tener una visión de conjunto que ayude a entenderla, por lo que es necesario dedicar el tiempo preciso a su organización. Para no desgastar al equipo ni retrasar en exceso la acción, conviene que en esta fase prime la agilidad, tratando de no perder la perspectiva global de la comunidad y de los principales determinantes de su salud.

Se consideran clave para explorar la comunidad los siguientes elementos informativos:

- **Agentes comunitarios**
- **El entorno físico**
- **Las características demográficas**
- **Las características socio-económicas**
- **El estado de salud de la comunidad**

Parte de esta información se podrá obtener de archivos y registros públicos como EUSTAT, UDAL-MAP, Agendas Locales 21, OSAGIN. Mucha de ella estará ya disponible en el propio ayuntamiento, y será fácil de recoger para el GP. Pero es obvio que para obtener otra parte de la información, será necesario acercarse a la comunidad. Para ello es importante buscar líderes de opinión, grupos y/o personas bien valoradas en la comunidad que podrán actuar como tractoras y aportarán una mayor credibilidad al proceso.

Agentes comunitarios

Son realmente los y las protagonistas del proceso comunitario. Es necesario identificar tanto agentes facilitadores, con interés en participar en la RLS, como agentes que pudieran oponerse al proceso y por qué.

A medida que se avanza en la identificación de agentes con interés en formar parte de la RLS, además de contribuir al conocimiento de la comunidad, se va dando respuesta al desarrollo cíclico propuesto al inicio de esta sección.

Una propuesta de agentes que pueden tener representación en una RLS es:

- Personas que representen a organismos, servicios y entidades de tipo público. Su implicación es muy importante ya que de ellas dependen decisiones, actuaciones, etc., que tienen mucho que ver con el desarrollo del proceso comunitario, empezando por la coordinación de los recursos, la disponibilidad de los locales, la liberación de profesionales para tareas comunitarias, etc.
- Dirigentes y representantes de asociaciones, grupos y/o colectivos de la comunidad.
- Personas con un liderazgo natural, capaces de interpretar y representar intereses o necesidades colectivas y actuar para el bien del grupo que representa, sin sacar beneficios personales.
- Personas de la ciudadanía en general, como usuarias de los diferentes servicios.

El entorno físico

El territorio es de gran importancia en la vida de las comunidades y, por lo tanto, en los procesos humanos y sociales. Existen muchos condicionamientos en el territorio que inciden en la vida colectiva y que facilitan, dificultan o impiden las relaciones humanas y sociales que están en la base del proceso comunitario y de la convivencia. Resulta de interés conocer la distribución de barrios, la topografía, distribución de espacios verdes y naturales y las barreras o dificultades urbanísticas que obstaculizan las relaciones.

Un instrumento muy útil para su revisión es el empleo de un plano básico del municipio.

Las características demográficas

Datos que resuman la realidad demográfica de la comunidad. Los principales indicadores de interés son:

- La distribución poblacional por grupos de edad y sexo.
- La historia demográfica de la comunidad: la composición de la población cambia en el tiempo por diferentes factores, (movimientos migratorios que implican mezcla de diferentes culturas, costumbres, valores, lenguas...).
- La historia reciente del asociacionismo local: conocer y reconstruir la historia de las asociaciones que han jugado un papel relevante y han representado una referencia para la población en particulares situaciones o conflictos, etc.

Las características socio-económicas

Resulta muy útil el empleo de indicadores sencillos como:

- % de desempleo.
- Principales sectores económicos.
- Nivel de instrucción por edad y sexo.

El estado de salud de la comunidad

Teniendo en cuenta la multidimensionalidad de la salud, además de los clásicos indicadores sanitarios de morbilidad y mortalidad es conveniente analizar datos de otros determinantes de la salud, así como la visión que las personas de la comunidad tienen de su propia salud.

A partir de los datos obtenidos en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESCAV)²¹, el Departamento de Salud elabora perfiles de salud tanto de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) como de las zonas básicas de salud, donde se describe la situación de salud y de sus determinantes en cada una de ellas, ofreciendo una visión comparativa entre estos ámbitos geográficos²⁰. Estos perfiles se pueden consultar en <http://goo.gl/4BuhAP>.

Estos datos se pueden completar con información proporcionada por el centro de salud o por otros informantes clave de la comunidad.

Además, el índice de privación MEDEA²² que combina 5 indicadores socioeconómicos (desempleo, trabajadores manuales, asalariados eventuales, instrucción insuficiente e instrucción insuficiente en la población joven) resulta útil para el estudio de las desigualdades socioeconómicas en salud. Estos datos²³ se pueden consultar en <http://goo.gl/htQwX6>.

“Es conveniente analizar la visión que las personas de la comunidad tienen de su propia salud”

2.2. Identificar necesidades y recursos

Necesidades existentes y percibidas relacionadas con la salud

Las necesidades se pueden definir como el espacio existente entre la situación actual y la situación ideal o esperada. Una necesidad puede ser sentida por una persona, un grupo o una comunidad entera.

La metodología de la valoración de necesidades utiliza diversos métodos y técnicas que tienen en común la rapidez y el trabajo de campo. Utiliza técnicas tanto cuantitativas como cualitativas. Por ejemplo, el grado de preocupación o motivación de la comunidad por los problemas de salud, que puede no estar en relación con la magnitud de los mismos, no puede valorarse con los datos cuantitativos procedentes de sistemas de registro. Sin embargo, estos aspectos sí pueden ser evidenciados mediante los métodos participativos utilizados en el abordaje comunitario.

Algunas de las técnicas cualitativas más utilizadas para la valoración de necesidades son^{24,25,26}:

“El grado de preocupación o motivación de la comunidad por los problemas de salud puede ser evidenciado mediante métodos participativos”

A Entrevistas individuales:

Entrevistas a informantes clave con una técnica de entrevista semiestructurada en la que se utiliza una guía de cuestiones previamente elaborada, aunque es posible cambiarlas o añadir nuevas preguntas según avanza la entrevista.

Esta técnica se elige cuando interesa conocer el discurso individual, cuando a causa del tema podría haber mucha presión del grupo o cuando las personas informantes están muy dispersas.

B Entrevistas grupales:

Este formato se utiliza cuando interesa explorar un contexto social concreto y estimular la interacción de las personas participantes. También cuando se adaptan mejor que la entrevista individual al grupo (p. ej. población infantil) o cuando los factores tiempo/coste/efectividad así nos lo exigen. Es recomendable que los grupos tengan entre 6 y 10 personas.

Existen diferentes tipos de entrevistas grupales:

- Grupos Focales: La persona que modera es más directiva. No se busca el consenso. Se procede al registro de toda la discusión y análisis posterior del material registrado.
- Grupos de Discusión: Técnica más flexible, abierta y menos directiva que la del grupo focal.
- Grupos Nominales: Se busca el consenso para lo que se realiza una priorización de ideas. Sólo se transcriben resultados.

C Foros públicos:

Reuniones comunitarias abiertas que ofrecen a las personas de diversas procedencias la oportunidad de expresar sus puntos de vista acerca de problemas clave en cuestión y de qué se puede hacer al respecto. No se entabla una discusión, no existe el objetivo de una conclusión conjunta.

La evaluación de las necesidades de la comunidad permitirá detectar áreas donde actuar en el entorno más cercano a las personas.

A la hora de su identificación es preciso detenerse en los siguientes aspectos:

- ¿Cuál es exactamente el problema?
- ¿Es una necesidad compartida?
- ¿Es un tema prioritario?

Es importante también analizar el contexto:

- ¿Cómo explica la comunidad el problema?
- ¿Cómo lo explica desde el punto de vista de la situación social que vive la comunidad?

Activos de la comunidad para la salud

Una vez identificadas las necesidades de la comunidad, es necesario centrarse en sus bienes y fortalezas, enfatizando así lo que puede ser usado para responder a sus necesidades y mejorar la vida en la misma.

Un activo para la salud se define como cualquier recurso que potencie la capacidad de los individuos y de las comunidades para mantener la salud y el bienestar^{27,28,29}. Esto es, los activos en salud son recursos presentes en la comunidad 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.

La diferencia entre un recurso que no genera salud y un recurso que sí genera salud (activo) es que la comunidad lo señale como un elemento que mejora el bienestar a nivel individual, grupal o social. Es por esto que la verdadera utilidad de estos recursos, aparece cuando su identificación se contextualiza en un entorno determinado y se plantea el por qué y para qué es necesaria su identificación. Esta idea se trabaja con más detalle en el diseño de las intervenciones. (Ver Mapeo de Activos)

“Activos en salud son recursos presentes en la comunidad que fortalecen la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud”

Los activos para la salud de una comunidad se pueden categorizar en 6 niveles:

1. Activos de los individuos:

Incluye todo aquello que las personas pueden aportar: sus habilidades, conocimientos, redes, tiempo, intereses, pasiones, etc. Así, la comunidad puede reconocer como un activo en salud a la madre o padre que organiza un grupo de juego, a una persona que entrena un equipo, etc.

2. Activos de las asociaciones:

Incluye a las organizaciones comunitarias formales, a los grupos de autoayuda y voluntariado, así como a todas las redes en las que la gente se reúne y que constituyen puntos de encuentro para la comunidad. Por ejemplo grupos deportivos, asociaciones de jóvenes, de personas mayores, círculos de niños y niñas, grupos de juego de cartas, etc.

3. Activos de las organizaciones:

Se incluyen los servicios que proporcionan las organizaciones a nivel local, tanto las personas que los prestan como sus espacios físicos. Por ejemplo servicios del ayuntamiento, servicios sociales, centros educativos, sanitarios, religiosos, biblioteca, policía local, etc.

4. Activos físicos:

Espacios verdes, terrenos sin utilizar, edificios, calles, mercados, transportes, escuela, librería, iglesia, etc.

5. Activos económicos:

Se incluyen aquí los negocios, empresas y comercios locales.

6. Activos culturales:

Se incluyen los talentos locales para la música, el teatro, el arte y las oportunidades para que cualquiera se exprese creativamente, de forma que refleje sus valores e identidades.

Todos estos recursos se pueden organizar de diferentes formas: alfabéticamente, geográficamente, por el tipo de función, por el tamaño, etc., y presentarse en un archivo documental o plasmarse en un mapa de recursos de la Comunidad. Sin embargo, de poco servirá generar un catálogo enorme de recursos si no se vinculan con alguna intervención en salud.

3. Priorizar

3.1. Devolver la información

Llegado este punto probablemente tendremos una gran variedad de documentos con mucha información que es preciso organizar para elaborar un diagnóstico comunitario.

Es habitual encontrarse con diferentes diagnósticos realizados individualmente por cada uno de los sectores: salud, educativo, social; diagnósticos por franjas de población o por demandas sociales particulares (por ejemplo adicciones). La principal aportación del diagnóstico comunitario es que es común y se realiza de forma compartida por los diferentes agentes que forman la RLS (administraciones, recursos técnicos y ciudadanía) participando en él desde el principio y no sólo después de que alguien lo haya hecho y pida luego su colaboración.

La existencia de un diagnóstico comunitario es básica para que pueda haber:

- Una verdadera programación comunitaria, es decir, centrada en prioridades y finalidades compartidas y asumidas por los tres protagonistas implicados.
- Una implicación de todas las personas participantes en el proceso.
- Una coordinación real de los recursos.

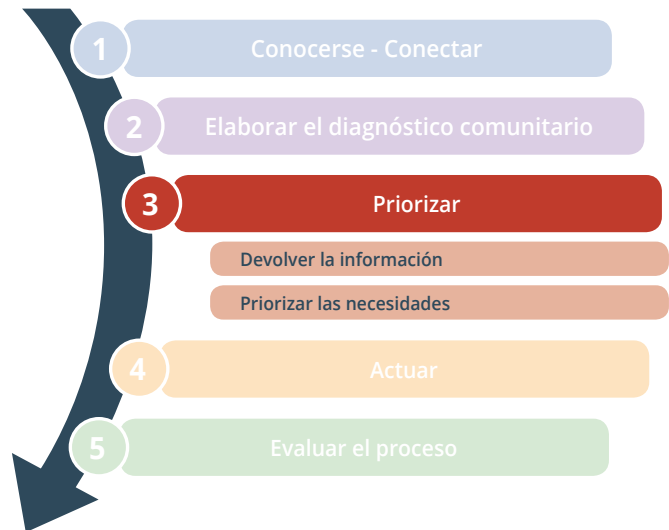
Para realizar el diagnóstico comunitario, es preciso organizar la información de la comunidad recogida anteriormente de forma que permita una visión general y global de la comunidad y de los diferentes sectores y franjas de población.

Este esquema puede ayudar a ello:

1. **Análisis básico estructural** de la comunidad que recoge elementos básicos que repercuten, directa o indirectamente, en todos los aspectos de la vida de la comunidad: el territorio y el urbanismo, la demografía, la economía, la historia reciente, el asociacionismo...
2. **Análisis sectorial** (por sectores comunitarios): sector educativo, sector sanitario, sector cultura, deportes, ocio y tiempo libre, sector ocupacional, sector asistencial...

Estos diagnósticos serán utilizados por los servicios y las organizaciones de cada sector para ver lo que se puede mejorar en cada uno de ellos, viendo al mismo tiempo qué puede hacer cada cual. Ellos constituirán una base para una acción coordinada en este sector.

3. **Análisis por franjas de población:** infancia, juventud, adultos, mayores, prestando especial atención a los diferentes ejes de las desigualdades (género, estatus socioeconómico, país de origen). Se trata de un diagnóstico inter y multisectorial ya que las personas directamente interesadas no pertenecen a un solo sector de intervención.



“El diagnóstico comunitario es común y se realiza de forma compartida por los diferentes agentes que forman la RLS”

4. Análisis por temas o problemas transversales: toxicomanías, seguridad ciudadana, fracaso escolar, etc. Se trata de realizar un diagnóstico global por cada uno de ellos, ya que no se pueden adscribir a un solo sector, un solo servicio o una sola franja de población.

A la hora de realizar estos análisis, hay que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Lo que existe, es decir, los recursos (públicos, privados y voluntarios) y si lo que existe es claramente suficiente o no.
- Lo que no existe y sería necesario que existiera para ver así qué tipo de acciones o estrategias habría que poner en marcha para ir gradualmente consiguiéndolo.
- Qué elementos o qué aspectos aparecen claramente negativos, insuficientes, carentes o insatisfactorios.
- En qué aspectos parece urgente y necesaria una acción coordinada e integrada y cuáles serían las funciones o las aportaciones de cada cual.
- Qué tipos de programas a corto, medio y largo plazo se verían necesarios y con qué orden de prioridad.

En la presentación de la información, es importante utilizar un formato comprensible para todas las personas que forman la RLS. Una posibilidad es realizar un seminario participativo donde el GP presenta la información y el resto de personas discuten los resultados. Además, por cada uno de los sectores y/o franjas de edad, podría organizarse también un “encuentro comunitario”.

Como resultado de este proceso se pueden dar dos posibilidades:

1. Que las personas que forman la red estén de acuerdo con la información presentada. Esto permite la intervención inmediata, ya que los tres protagonistas comparten la misma visión de la realidad y de sus necesidades.
2. Que no estén de acuerdo. Esto puede depender de:
 - Que no todos los participantes perciben la importancia de determinados elementos o factores que objetivamente son importantes. En este caso, no se puede pasar a la intervención sin hacer previamente una acción informativa que permita comprender la importancia de estos elementos o factores.
 - Que en el diagnóstico no se hayan tenido en cuenta determinados elementos que subjetivamente son muy importantes. Entonces el diagnóstico final tendrá que incorporarlos.

En este punto tendremos una visión más completa de la realidad de la comunidad, una mayor y mejor conciencia común de lo que existe, de lo que no existe y de lo que haría falta; un mayor conocimiento de las necesidades o prioridades tanto parciales como generales que sólo pueden ser asumidas por el conjunto de las instituciones, recursos y ciudadanía.

3.2. Priorizar las necesidades

Priorizar significa situar las necesidades en el orden por el que pensamos que deben ser abordadas. Para ello es recomendable la utilización, aislada o combinada, de procedimientos y técnicas específicas, que contribuyan a mejorar el grado de objetividad en esta fase.

Existen diferentes métodos de priorización. Éstos métodos utilizan criterios basados en la importancia del problema (extensión, gravedad, repercusión social...) y en la capacidad real de intervención

sobre el mismo, ya que no tiene sentido tratar de abordar un problema si no se dispone de ninguna solución. Además, es importante tener en cuenta la percepción sentida por la ciudadanía.

Es importante tener en cuenta las metodologías participativas en este proceso, para ello, se utilizarán técnicas cualitativas contando con las personas que integran la RLS.

Para la priorización de necesidades es necesario considerar la magnitud del problema y la efectividad y factibilidad de las posibles intervenciones. Un instrumento empleado con mucha frecuencia por su pragmatismo es el método Hanlon^{30,31}.

“A la hora de priorizar necesidades es importante tener en cuenta las metodologías participativas”

4. Actuar

4.1. Consolidar la red local para la salud

Una vez realizado el diagnóstico comunitario y antes de comenzar a planificar cualquier intervención, es el momento de consolidar la RLS y de que las personas que la integran dediquen un tiempo a clarificar los siguientes aspectos:

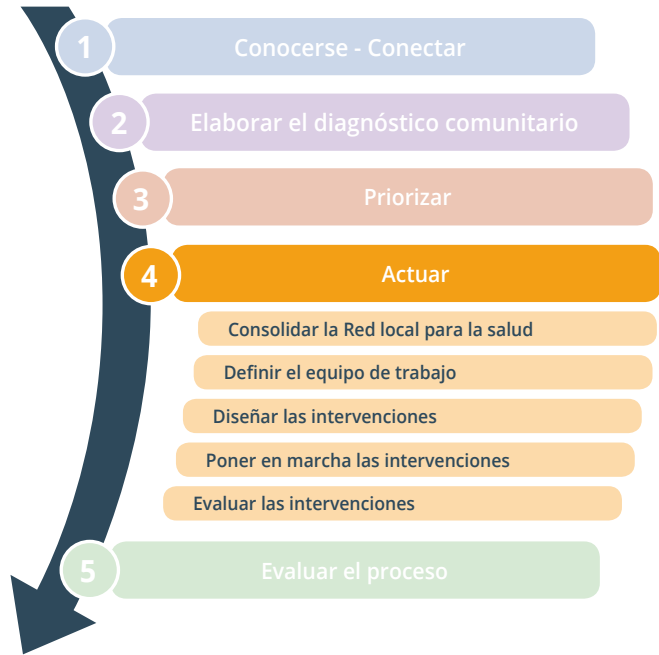
- Concretar la misión y visión de la RLS recogiendo la opinión y las expectativas de los diferentes agentes que la integran.
- Decidir una estructura organizativa.
- Desarrollar una estrategia para implicar a más sectores en la participación.
- Diseñar una estrategia de comunicación efectiva de todo el proceso a las personas que forman parte de la RLS y al resto de la Comunidad (círculo 3).
- Revisar la comunidad definida, desde la perspectiva de las desigualdades en salud y valorar si es necesario más información sobre algún grupo de población.

El proceso de construcción de la RLS puede generar dos escenarios en lo que se refiere a la participación de la ciudadanía:

- La red incluye la participación activa de la ciudadanía, ya sea representada por asociaciones o grupos existentes o, de forma individual por agentes de referencia dado su papel activo en la vida del municipio.
- La red no ha alcanzado a incorporar la representación de la ciudadanía más allá de la participación en grupos de discusión. Esto no debería paralizar el proceso pudiendo aprovechar el trabajo de alianzas entre administraciones y de conocimiento de la comunidad realizado, para continuar con el abordaje de los determinantes de la salud, aunque siendo conscientes de que lo hacemos es un trabajo intersectorial en la comunidad. Avanzar con este trabajo intersectorial siempre ofrecerá oportunidades que favorecerán la participación de la ciudadanía y su incorporación al proceso comunitario.

El proceso de diagnóstico desarrollado hasta este punto, habrá facilitado que:

- Los diferentes recursos profesionales y técnicos sigan con sus actividades, prestaciones y programas tal y como los venían realizando, pero ahora sean más conocidos por toda la comunidad.
- Haya servicios que, a través de la coordinación y el diagnóstico, hayan adecuado sus acciones o programas para desarrollarlos de manera más integrada y acorde a las necesidades, mejorando así sus finalidades y funcionamiento.



“Revisar la comunidad definida desde la perspectiva de las desigualdades en salud”

- La comunidad tenga una visión más clara de la necesidad de implementar programas comunitarios para abordar de forma global y participativa situaciones priorizadas tras el diagnóstico. Esto significa que no deberá ser asumido por un solo servicio o recurso sino por el conjunto de ellos y con la implicación efectiva de la ciudadanía.
- Puedan empezar a funcionar nuevos equipos de trabajo que aborden conjuntamente y de forma participativa las situaciones existentes en un tema concreto o bien en un sector (sanitario, educativo...) o en una franja de población (infancia, juventud...).

Llegados a este punto, la RLS habrá definido uno o varios temas en los que empezar a trabajar. Para cada uno de ellos, se propone el siguiente procedimiento:

4.2. Definir el equipo de trabajo

Dentro de la RLS, todos los agentes comunitarios tienen algo que aportar en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de la intervención que se vaya a desarrollar. Por otro lado, hay que considerar que, para ser operativos, puede ser necesario construir un equipo de trabajo reducido y específico para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones concretas. Así, será necesario definir qué agentes comunitarios dentro de la RLS adquirirán el compromiso y participarán en cada grupo. Habitualmente, aquellos agentes comunitarios que se encuentren más cerca de la necesidad a abordar, bien por ser destinatarios del programa o por ser profesionales conocedores del tema, y que la mayoría de las veces ya están trabajando de manera aislada, serán los primeros en comprometerse. Es bueno repasar si falta alguien importante, especialmente afectado o involucrado en el problema a abordar, que no haya participado en las fases anteriores, y cuya presencia sea importante para el equipo de trabajo.

Conviene que haya una persona de referencia en cada equipo de trabajo para coordinarse con el GP y con el resto de la RLS.

4.3. Diseñar las intervenciones

Una vez priorizadas las necesidades y elegidas las áreas de actuación a afrontar, se deberán diseñar las intervenciones; estableciendo sus objetivos o metas, definiendo estrategias o maneras de llegar a ellas y finalmente, desarrollando acciones para lograr los cambios esperados.

Cada equipo de trabajo diseñará su proyecto y marcará sus propios objetivos.

A la hora de diseñar una intervención es importante apoyarse en las evidencias recogidas en la literatura sobre la eficiencia, efectividad o impacto en la salud de dicha intervención. Es importante tener en cuenta que cada Comunidad es única, por lo que, en la elaboración del proyecto, será necesario adaptar las intervenciones a las peculiaridades de nuestra Comunidad.

Las intervenciones en Promoción de la salud pretenden conseguir cambios en las personas y en los entornos para favorecer la salud y abordar así los determinantes de la salud de la comunidad. Esto supone trabajar simultáneamente en el ámbito personal, organizativo y político, por lo que para asegurar la calidad de las intervenciones es necesario utilizar diferentes estrategias que favorezcan la participación, el desarrollo de políticas favorables a la salud, la educación y el empoderamiento de la comunidad.

“Es importante apoyarse en las evidencias recogidas en la literatura sobre la eficiencia, efectividad o impacto en la salud de dicha intervención”

Se debe tener en cuenta que las intervenciones a desarrollar pueden ser muy ambiciosas o pequeñas iniciativas. En cualquier caso, resulta interesante definir los siguientes conceptos antes de su implementación:

I. Visión

La visión comunica en una frase corta lo que el equipo cree que son las **condiciones ideales** en la Comunidad si la necesidad priorizada hubiera sido resuelta.

- *“Adolescentes felices”*
- *“Mayores física, mental y emocionalmente activos”*

II. Misión

La misión describe **qué** quiere hacer el grupo de forma concreta para dar respuesta a la necesidad priorizada.

- *“Promover la salud y desarrollo desde la etapa infantil a través de una iniciativa familiar y comunitaria que fomente la parentalidad positiva”*
- *“Promover la relación entre las personas mayores del municipio a través de grupos de caminantes.”*

III. Mapeo de activos

Para ayudar al éxito del proyecto y evitar marcar objetivos no alcanzables, es necesario valorar qué recursos técnicos y/o materiales se van a necesitar, es decir, conocer las **riquezas de la comunidad**. Ante cualquier situación que se quiera afrontar, la valoración de elementos positivos es un buen punto de arranque.

El mapeo de activos en salud es una estrategia que persigue implicar a personas de una comunidad en la identificación de activos para la salud dentro de un proyecto determinado.

El modelo de activos para la salud, reconoce que muchos de los activos clave para generar salud se encuentran en los contextos sociales de la vida de las personas y por tanto puede contribuir a reducir las desigualdades.

El punto de inicio del mapeo es la información recogida anteriormente sobre los recursos/activos formales e informales, para sobre esos datos, identificar y visibilizar los activos de salud que respondan a una necesidad concreta³².

Confeccionar el mapa de activos de una comunidad, es más que una recopilación de datos, puesto que ofrece la oportunidad de tejer una red de relaciones y apoyos mutuos, que pueden ayudar en un segundo momento, a generar proyectos que mejoren la calidad de vida de la población.

“Preguntarse el por qué y el para qué de un mapeo de activos”

Previamente, es necesario tener claro:

- ¿Por qué se quiere identificar los activos?
- ¿Para qué?
- ¿Para quién?
- ¿Dónde?
- ¿Cuál es el contexto del proyecto?
- ¿Quiénes lo van a hacer?

Para explorar los activos se utilizan metodologías que permitan a la comunidad expresar:

- Qué recursos reconoce como importantes para su salud y bienestar.
- Qué es lo que hace que la gente se sienta bien, que se sienta saludable.
- Qué es lo que hace que sea un buen lugar para vivir.

Las técnicas más utilizadas para el mapeo son:

- Entrevistas en profundidad (encuentro cara a cara entre un agente clave y la persona que recoge la información).
- Grupos de discusión (conversación en grupo pequeño y homogéneo diseñada para obtener información de un tema de interés común, con un guion de preguntas y la ayuda de alguien que modere).
- Paseos comunitarios (personas que se reúnen para cartografiar de forma colectiva determinados lugares, donde cualquiera puede participar).
- Fotos con mensaje (describir e intercambiar impresiones a través de fotografías de la Comunidad).
- Contar historias (invitación a la gente a contar y compartir historias sobre cómo se han enfrentado a situaciones difíciles).
- Tertulias del café (generar conversación sobre un tema de interés).

IV. Objetivos

Los *objetivos* son los resultados específicos medibles de la iniciativa. Deben reunir las siguientes características:

- Son *específicos*: indican cuánto, de qué, por quien y para cuándo.
- Son *medibles*.
- Son *alcanzables*.
- Son *relevantes*: se ajustan a la visión y la misión del grupo.
- Son *un desafío*: hacen esforzarse al grupo para establecer metas acerca de mejoras significativas que son importantes para el grupo.

Uno de los muchos objetivos de una iniciativa comunitaria para promover la salud de las personas mayores de una comunidad puede ser:

- *“Para 2015 (para cuándo), conseguir que un 20% (cuánto) de personas mayores (quién) se reúnan semanalmente para caminar en rutas dinamizadas en el municipio (qué).”*

V. Estrategias

Las estrategias explican **cómo** alcanzar los objetivos, cómo se van a hacer las cosas.

Como ya se ha comentado, las intervenciones de Promoción de la salud combinan diferentes estrategias para conseguir los objetivos propuestos que pueden ir desde proporcionar información, capacitar, incrementar el apoyo, eliminar barreras, crear oportunidades, aumentar recursos, modificar normas, etc.

Potenciar los activos a nivel de las personas, de la comunidad y de las instituciones, facilitará el planteamiento de las diferentes estrategias y ayudará a alcanzar los objetivos planteados.

4.4. Poner en marcha las intervenciones

Para la puesta en marcha de una intervención es necesario disponer de un plan de acción que defina de una forma completa, clara y actualizada los siguientes aspectos:

- *Qué* acción o aspectos de la intervención tendrán lugar.
- *Quién* lo llevará a cabo.
- *Cómo* se va a implementar.
- *Cuándo* tendrá lugar la acción y durante cuánto tiempo será mantenida.

Hay que recordar que un plan de acción es siempre un trabajo en progreso, y por lo tanto es posible que pueda necesitar reajustes a medida que se va implementando.

En este punto puede ser útil:

- Distribuir el plan de acción a todas las personas mediante escritos, con nombres atribuidos a tareas específicas, de manera que queden claros los compromisos que se adoptan.
- Asegurarse de que la planificación temporal es completa, clara y actualizada.
- Fijar reuniones periódicas en las que cada participante informe sobre el desarrollo de las tareas a las que se había comprometido.
- Preparar un registro donde el equipo recoja el trabajo que va realizando de forma que facilite su evaluación.

4.5. Evaluar las intervenciones

I. Seguimiento del plan de acción

Una vez definido y puesto en marcha el plan de acción, es necesario hacer el seguimiento del mismo. Así, es necesario que el grupo de trabajo tenga en mente una serie de cuestiones:

- ¿Se está haciendo lo que se dijo que se haría?
- ¿Se está haciendo como se acordó?
- ¿Lo que se está haciendo hace avanzar la misión?

El grupo de trabajo establecerá un sistema de seguimiento que facilite el proceso circular de planificación, intervención y evaluación y le permita valorar y decidir la continuidad, modificación o finalización del proyecto.

II. Resultados de las intervenciones

El fin último de las iniciativas puestas en marcha como consecuencia de un proceso comunitario, es hacer frente a las necesidades compartidas de una comunidad mediante su implicación directa en la búsqueda de soluciones.

A la hora de evaluar el resultado de la intervención desarrollada, el grupo de trabajo debe valorar en qué medida se ha dado respuesta a los objetivos planteados. Para ello, comprobará el grado

de cumplimiento de los indicadores establecidos en los objetivos que se plantearon en el diseño de la intervención.

III. Calidad de las intervenciones

Para evaluar la calidad de las intervenciones es necesario analizar si se han tenido en cuenta las diferentes estrategias propias de la promoción de la salud. Por tanto, es necesario preguntarse en qué medida:

- Sus participantes, entendiendo como tal los diferentes actores implicados en la intervención, se sienten protagonistas del proceso.
- Sus participantes han desarrollado habilidades que les permiten tomar decisiones para mantener o generar su salud y bienestar.
- La iniciativa ha llegado a las personas que más la necesitaban.
- Se ha fomentado la implicación institucional, obteniendo un apoyo de responsables políticos favorable a la promoción de la salud en el ámbito local.
- Se han generado entornos que apoyan la salud.

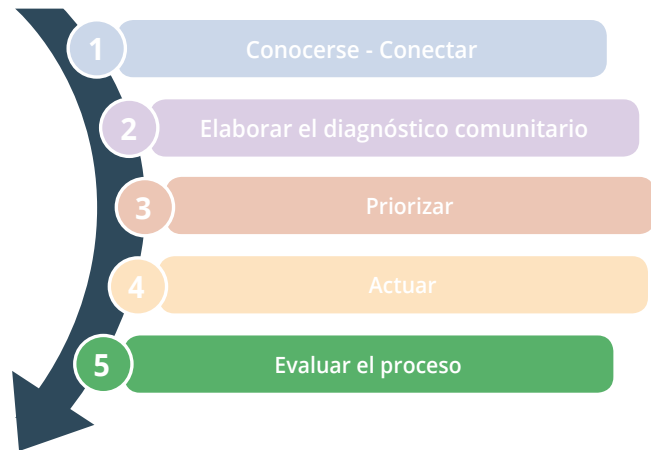
De esta forma conoceremos en qué medida se han conseguido cambios en las personas y en los entornos, que es en definitiva lo que se pretende conseguir con las iniciativas de promoción de la salud³³.

“Conseguir cambios en las personas y en los entornos es el objetivo final de las iniciativas de promoción de la salud”

5. Evaluar el proceso

Un proceso comunitario, como cualquier otra actividad, debe ser evaluado y analizado en términos de efectividad y eficiencia.

Además de evaluar cada uno de los programas o intervenciones, tal y como se ha tratado en el punto anterior, la evaluación de un proceso comunitario implica evaluar el trabajo de la RLS, el recorrido seguido, la participación y las iniciativas generadas, así como la solidez y continuidad del trabajo.



Sin embargo, dicha evaluación no es fácil. Hasta la fecha, y a pesar del desarrollo de este tipo de trabajos en el tiempo, la evidencia que han generado las experiencias desarrolladas es limitada. Dicha limitación viene dada por la propia complejidad de los procesos a evaluar, así como por la dificultad de medir el impacto en la salud de los individuos y de las comunidades como consecuencia de las intervenciones de promoción de la salud. En cualquier caso y a pesar de todas estas limitaciones, la necesidad de evaluar es incuestionable y es preciso hacer un esfuerzo por evaluar con rigor las experiencias, adecuándose a las necesidades y particularidades de la evaluación de procesos comunitarios.

La evaluación del proceso comunitario es útil porque nos ayuda a:

- Describir lo realizado.
- Tomar decisiones relativas a su programación.
- Tomar consciencia de los logros y las dificultades.
- Reclutar apoyos.
- Reflexionar sobre su sostenibilidad.
- Poner en valor el trabajo realizado y hacerlo visible ante instituciones y profesionales.

Para poder medir los avances en un proceso comunitario, es preciso conocer el punto de partida del mismo.

Cada comunidad hará su propio recorrido y los cambios o mejoras que se produzcan en ella sólo podrán ser medidos respecto a su propio punto de partida y a los objetivos que se propone alcanzar. Esto hace que sea fundamental determinar con la mayor precisión posible, de dónde, de qué situación arranca el proceso comunitario a evaluar para poder medir o comprender luego el camino recorrido, los cambios producidos, los logros y fracasos obtenidos.

No consiste en un ejercicio de auditoría externa, sino que debe ser llevada a cabo por la propia red como parte de su desarrollo. Esto supone involucrar a las personas participantes de la red en:

- El establecimiento de los criterios para su evaluación.
- La recogida y análisis de los datos.
- Utilizar la información obtenida para ajustar y mejorar el proceso comunitario.

“No consiste en un ejercicio de auditoría externa, sino que debe ser llevada a cabo por la propia red como parte de su desarrollo”

La Investigación Acción Participativa (PAR en inglés, de Participatory Action Research)^{34,35}, recoge la importancia de la evaluación como parte integral del modelo participativo y como elemento clave para la capacitación de las personas y las comunidades.

A la hora de evaluar un proceso comunitario es conveniente centrarse en 3 aspectos:

- I. En aquellos hechos, acontecimientos o acciones que elevan el grado de autonomía de la comunidad y en aquello que refuerza la creatividad y la capacidad de autogestión de la misma.
- II. En la calidad de las relaciones entre los protagonistas, entre las personas que de una manera u otra participan en el proceso; entre los diferentes grupos, asociaciones o servicios que, por un lado, llevan adelante su propio proyecto y sus finalidades y, por el otro, saben relacionarse con el proyecto colectivo.
- III. En la capacidad de llegar al conjunto de la población y de permitir y facilitar la integración de personas, grupos, colectivos con necesidades especiales.

Para valorar el grado de desarrollo de cada uno de estos criterios, la RLS debe formular los indicadores más apropiados a su realidad.

Se citan a continuación una serie de propuestas para facilitar la definición de indicadores:

“Es la propia RLS quien debe formular los indicadores más apropiados a su realidad”

I. Para medir el grado de autonomía de la comunidad:

- Sostenibilidad y robustez de la RLS. Una red no funciona si no tiene clara su misión, si quienes la forman no comparten objetivos comunes y consensuados, si no saben para qué, cómo y para quién trabajan conjuntamente. Es necesario la definición de una *misión*, unos *objetivos* comunes y una propuesta de *acciones* para alcanzarlos.

Ejemplo: *Existencia de un documento escrito que recoja el plan de trabajo de la RLS (misión, objetivos, estructura organizativa, funcionamiento, grupos de trabajo constituidos...).*

- Agentes que participan. Esto incluye tipo de agente (ciudadanía, recursos técnicos y/o administración), el número, frecuencia de la asistencia, tasa de renovación de los miembros, etc.

Ejemplo: *Participación en la RLS de los tres protagonistas esenciales en procesos; continuidad en la proporción de la participación del tipo de agentes comunitarios.*

- Formación y funcionamiento autónomo de nuevos grupos y/o asociaciones.

Ejemplo: *Nº de nuevos grupos a asociaciones formados como consecuencia del proceso comunitario.*

- Acciones comunitarias, servicios y/o programas generados por iniciativa de la comunidad.

Ejemplo: *Puesta en marcha de nuevas iniciativas (programas, talleres, cambio en ordenanzas municipales...) surgidas del trabajo de la RLS.*

II. Para medir la calidad de las relaciones entre los tres protagonistas:

- Cauces de comunicación entre las partes (tablón de anuncios, redes sociales, buzón de sugerencias, etc.).

Ejemplo: *Existencia de un cauce de comunicación fluido, accesible a los tres protagonistas y operativo.*

- Proyección de la red a la comunidad. Cómo se comunica la red con el resto de la comunidad.

Ejemplo: *Existencia de un apartado en la web municipal para dar información sobre la actividad de la red.*

III. Para medir la capacidad de la RLS de facilitar la integración de los diferentes colectivos:

- Grupos sociales que han participado, grupos a los que se ha llegado con las acciones y grupos a los que no se ha llegado.

Es preciso tener en cuenta aspectos de género, edad, país de origen, diferentes estatus socioeconómicos, etc. para garantizar la equidad.

Ejemplo: *Realización de invitación formal a todos los recursos identificados a través del diagnóstico comunitario.*

Atendiendo a los mismos criterios de autonomía, relación entre los protagonistas y equidad, la evaluación del proceso comunitario también puede enriquecerse de una aproximación evaluativa cualitativa con los miembros de la red. Mediante el empleo de las técnicas más adecuadas a la realidad de cada proceso (buzón de sugerencias, encuestas, entrevistas personales, grupos focales, etc.) se podrá recoger la percepción de los miembros de la red sobre estos aspectos de gran relevancia:

- Cómo ha contribuido el proceso al desarrollo y potenciación de los grupos y asociaciones que ya existían.
- Cómo han desarrollado los grupos y asociaciones su propia autonomía y han reducido su eventual dependencia de factores y elementos externos (sean del tipo que sean).
- Cómo ha contribuido el proceso a la emergencia de líderes y a su formación.
- Cómo se ha conseguido la conexión entre intereses y finalidades específicas de cada grupo o asociaciones y los proyectos y programas generales para la mejora de las condiciones de vida de la comunidad en su conjunto.
- Cómo han avanzado las relaciones entre los tres protagonistas en el sentido del diálogo, del respeto mutuo y de la comprensión del papel de cada cual.
- Cómo se ha realizado en el proceso la integración real de sectores de población con hándicaps sociales de cualquier tipo o se ha contribuido a su ulterior marginación o aislamiento.

Una vez recogida la información, es necesario realizar su análisis e interpretación.

El GP debe planificar y preparar la comunicación de los resultados a la RLS para su discusión y valoración de la necesidad de mantener o modificar aspectos del proceso.

De esta forma la evaluación supera la medición de determinados estándares, convirtiéndose en un activo para el crecimiento continuo del proceso comunitario.

Conclusiones

Este documento quiere constituir una guía que facilite la puesta en marcha de procesos de abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria, partiendo de una visión de la promoción de la salud basada en la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas puedan actuar sobre los determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad.

La guía pretende ser un apoyo que oriente la puesta en marcha y el desarrollo de dichos procesos permitiendo que cualquier proceso previo se revise e incorpore en la dinámica de trabajo propuesta completando o reorientando aspectos que pudieran ser modificables.

La metodología propuesta está basada en la experiencia previa en este campo y ha sido recogida de publicaciones científicas, informes y documentos divulgativos, y presentada del modo que, en nuestra opinión, mejor se adapta a nuestro medio a las instituciones a las que inicialmente va dirigida.

Somos conscientes de las dificultades que esta propuesta conlleva. Entre ellas queremos destacar la escasa cultura y las dificultades técnicas que genera el trabajo intersectorial en las propias instituciones que lo fomenta. Además, los y las profesionales, fundamentalmente del ámbito sanitario asistencial, contamos con escasa capacitación en las competencias necesarias para los procesos de trabajo propuestos en esta guía. A esto debemos sumar nuestra, frecuentemente, escasa habilidad para el trabajo colaborativo y participativo. Por otra parte, la ciudadanía, en nuestro medio, no incorpora de modo mayoritario el interés por la participación y por la involucración en dinámicas locales. Por último, somos conscientes de que la implementación de estas dinámicas de trabajo requiere de profundos cambios en el modo en el que nuestras instituciones están gestionadas.

Sin embargo, valorando los beneficios que este abordaje de la salud puede aportar, consideramos necesario que los servicios de salud y los gobiernos e instituciones municipales, dada su relevancia en el marco de los determinantes de la salud, reflexionen sobre su interés en incorporar estas dinámicas de trabajo y que estas sean favorecidas y protegidas por las instituciones de ámbito más general, y sean consideradas instrumentos para la mejora de la salud poblacional.

Referencias bibliográficas

1. Morgan A, Davis M, Ziglio E. Health assets in a global context: theory, methods, action. 1ª ed. New York: Springer; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996. Disponible en <http://goo.gl/1kITo9>
3. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
4. Gobierno Vasco. Osasuna, Pertsonen Eskubidea, Guztion Ardura. Políticas de Salud para Euskadi 2013- 2020. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco Departamento de Salud; 2013. Disponible en <http://goo.gl/8sDxR0>
5. Departamento de Salud. Sede web. Gobierno Vasco; 2016. (acceso 16 mayo 2016). Plan de Atención Integrada en Euskadi. Disponible en <http://goo.gl/1bfLGI>
6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies; 1991.
7. Pasarín MA, Diez E. Salud Comunitaria: una acción necesaria. Gac Sanit. 2013; 27(6): 477-478.
8. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization: 2010.
9. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata (URSS): 1978. Disponible en <http://goo.gl/A9xAnL>
10. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Ottawa: 1986. Disponible en <http://goo.gl/TycVqz>
11. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 1ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
12. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med. 1993; 36(6):725-733.
13. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. Adelaida: 1988. Disponible en <http://goo.gl/DLfssG>
14. Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. 1ª Ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett learning; 2010. Disponible en <http://goo.gl/Ce0hI3>
15. Kretzmann JP, McKnight J. Building communities from the inside out Northwestern University, Evanston, IL: Center for Urban Affairs and Policy Research, Neighborhood Innovations Network. 1993; 171-176.
16. Comunidad: La participación comunitaria en salud. Comunidad. 2015; 17 (2):16. Disponible en <http://goo.gl/PkfW2O>
17. Manual de metodologías participativas. Obra colectiva. 1ª ed. Madrid: Observatorio Intenacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible; 2009.

18. Cuadernos prácticos para asociaciones: 1.- Las reuniones. 3.- Los equipos. 4.- Redes asociativas. 5.- Comunicación asociativa. 6.- Liderazgo asociativo. 1ª ed. Badajoz: Colectivo de Educación para la Participación (CRAC) y Redes Extremadura, Cultura y Desarrollo (ACUDEX); 2000.
19. Marchioni M, Morin LM, Álamo J. Metodología de la intervención comunitaria. Los procesos comunitarios. En: Buades Fuster J, Giménez Romero C. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios. 1ª ed. Valencia: Fundación CeiMigra; 2013. p. 58-73.
20. Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Sede web). Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2007. (Acceso 2 de mayo de 2016). Salud poblacional, OSAGIN, publicaciones. Disponible en <http://goo.gl/4BuhAP>
21. Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Sede web). Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2007. (Acceso 2 de mayo de 2016). Encuesta de Salud 2007 (ESCAV'07). Disponible en <http://goo.gl/izMh8Y>
22. Esnaola S, Montoya I, Calvo M, Ibáñez B, Audicana C, Ruiz R, et al. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en el País Vasco y sus capitales: un análisis de áreas geográficas pequeñas (Proyecto MEDEA) Estudios Geográficos 2010; 2009; LXX (267):443-462.
23. Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Sede web). Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. 2011. (Acceso 2 mayo 2016). Atlas de Mortalidad Interactivo de Euskadi (AMIE). Disponible en <http://goo.gl/htQwX6>
24. Berenguera A, Fernandez de Sanmamed MJ, Pons, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1ª ed. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol); 2014.
25. Nicholls D. Research methodology series. Qualitative research: Part three – Methods. Int J Ther Rehabil. 2009; 16, (12):638-647.
26. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. 1ª ed. Madrid: SINTESIS. 1999. Disponible en <https://goo.gl/ZnwP1s>
27. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; 2: 17-22.
28. Morgan A, Davis M, Ziglio E. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. 1ª ed. Springer; 2010.
29. Hernan M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías EASP nº51; 2013.
30. Hanlon J, Pickett G. Public Health. Administration and practice. 1ª ed. Santa Clara CA: Times Mirror/Mosby. 1984.
31. Asturias Actúa: Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción. Observatorio de Salud de Asturias. 2012. Disponible en <http://goo.gl/uK2osR>
32. Botello B, Palacio S, Garcia M, Margolles M, Fernandez F, Hernan M, et al. Methodology for health assets mapping in a community. Gac Sanit. 2013; 27(2):180-183.

33. 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://goo.gl/bd2v3r>
34. McIntyre A. Participatory Action Research. Qualitative Research Methods series 52. 1ª ed. Sage Publications; 2008.
35. Grupo de trabajo para la salud y el desarrollo comunitario. Universidad de Kansas. 2015. (acceso 2 mayo 2016). Caja de Herramientas Comunitarias. Capítulo 36. Introducción a la evaluación. Sección 6. Evaluación participativa. Sección Principal. Disponible en <http://goo.gl/tulGoS>