

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

Mejorando la salud y el bienestar
y reduciendo desigualdades en salud

Guía adaptada de
la Guía NICE NG44:
«Community enga-
gement: improving
health and wellbeing
and reducing health
inequalities»

Proyecto Adapta GPS (Adapta y Aplica Guías de Promoción de Salud)

Se recomienda citar este documento como:

Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. 65 p.

Edición: 2018

Edita: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Edita: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

NIPO: en trámite

ISBN: en trámite

Maquetación: ARPIrelieve, S. A.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud

Guía adaptada de la
Guía NICE NG44:
«Community enga-
gement: improving
health and well-
being and reducing
health inequalities»



ALIANZA
DE SALUD
COMUNITARIA



Índice

Presentación	07	
Autoría	09	
	17	1. Introducción
	21	2. A quién va dirigida
	23	3. Recomendaciones
	31	4. Metodología
	37	5. Difusión e implementación de la guía
	39	6. Abreviaturas
	41	7. Glosario
	45	8. Referencias

- 47 Anexo I: Posibles personas destinatarias de la guía
- 49 Anexo II: Declaración de intereses
- 53 Anexo III: Fuentes orientativas para la búsqueda de literatura gris
- 55 Anexo IV: Estrategia de búsqueda de literatura
- 57 Anexo V: Proyectos seleccionados para valorar la aplicabilidad de las recomendaciones
- 61 Anexo VI: Objetivos y contenidos de las posibles acciones de difusión de la guía
- 63 Anexo VII: Otros recursos de interés



Presentación

En 2016, a partir de publicación la guía NICE NG44 «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities»ⁱ, la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana planteó un proyecto de traducción y adaptación de la misma. La propuesta fue acogida por la Alianza de Salud Comunitariaⁱ y un grupo de personas pertenecientes a diez comunidades autónomas, directamente implicadas en proyectos de participación en salud, se involucraron en un proceso de contextualización de esta guía, el proyecto «Adapta y Aplica Guías de Promoción de Salud» o proyecto AdaptA GPS.

La idea clave de este proceso era poder aprovechar todo el rigor y esfuerzo metodológico de las guías NICE en el ámbito de la salud pública (en el momento de preparar esta presentación hay más de 60 guías NICE que evalúan intervenciones en ese campoⁱⁱ), y conseguir que «viajen»² y sean utilizadas en nuestro entorno para tomar decisiones en salud pública basadas en la evidencia. En todas las fases de este proceso de adaptación de la guía NICE NG44¹ se ha contado con el asesoramiento metodológico de GuíaSalud.

La difusión e implementación de la presente guía en el estado español permitirá comparar «lo que se está haciendo» con «lo que se propone hacer o dejar de hacer» en participación comunitaria desde la evidencia científica, facilitando la toma de decisiones para la puesta en marcha de nuevas acciones, y promoviendo la evaluación y/o el rediseño de programas o intervenciones que ya estén funcionando.

Así pues, os presentamos esta guía que, más allá de la traducción y adaptación de la guía original, es el resultado de un trabajo de evaluación y reflexión sobre su aplicabilidad en once proyectos de participación comunitaria que se están desarrollando en diez de nuestras comunidades autónomas.

Esperamos que las recomendaciones de esta guía contribuyan a hacer mucho más efectiva la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar, y reducir las desigualdades en salud en la población.

Ana M. García García

Directora General de Salud Pública de la Comunitat Valenciana

i <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/> [consultado 10 de junio de 2018]

ii <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=ph> [consultado 10 de junio de 2018]

Autoría

EQUIPO DE COORDINACIÓN Y REDACCIÓN

Viola Cassetti, antropóloga. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) y Oficina Valenciana d'Acció Comunitària per a la Salut (OVACS) de la Direcció General Salut Pública. València.

María Victoria López Ruiz, médica de familia y comunitaria. Ayuntamiento de Córdoba. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Colectivo Silesia. Córdoba.

Joan J. Paredes i Carbonell, médico de salud pública. Centro Salud Pública de Alzira. Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana, FISABIO. València.

ÁREA METODOLÓGICA

María José Vicente Edo, enfermera. GuíaSalud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

APOYO ADMINISTRATIVO

Pilar Marín Feliu, administrativa. Direcció General de Salut Pública. València.

NODOS DE TRABAJO

NODO DE ANDALUCÍA

Coordinación

Mariano Hernán Ruiz, profesor de promoción de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

María Victoria López Ruiz, médica de familia y comunidad. Ayuntamiento de Córdoba. Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP). Colectivo Silesia. Córdoba.

Participantes

Pilar Baraza Cano, enfermera. Responsable Atención a la Ciudadanía. Distrito Poniente de Almería. Almería.

Blanca Botello Díaz, médica en medicina preventiva y salud pública. DAPS Condado Campiña, La Palma del Condado. Huelva.

M^a Teresa Iriarte de los Santos, trabajadora social. Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Sevilla. Sevilla.

Elena Ruiz Peralta, médica de familia y comunidad y antropóloga. Colectivo Silesia. Córdoba.

NODO DE ARAGÓN

Coordinación

Javier Gállego Diéguez, médico de salud pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Participantes

Pilar Aliaga Train, enfermera de salud pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Cruz Bartolomé Moreno, médica de familia y comunitaria. Servicio Aragonés de Salud. Investigadora Grupo Consolidado de Investigación B21_17R del Gobierno de Aragón y del GIIS-011. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza.

Carmen Belén Benedé Azagra, médica de familia y comunitaria. Servicio Aragonés de Salud. Investigadora Grupo Consolidado de Investigación B21_17R del Gobierno de Aragón y del GIIS-011. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza.

Ana Calvo Tocado, médica de salud pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Elisa Ferrer Gracia, médica de salud pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Alba Gállego Royo, médica de familia y comunitaria. Servicio Aragonés de Salud. Investigadora del Grupo de Investigación en Bioética del Gobierno de Aragón (B06_17D) y del GIIS-011. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza.

NODO DE ASTURIAS

Coordinación

José Feliciano Tato Budiño, sociólogo. Dirección General de Salud Pública. Oviedo.

Participantes

Belén Álvarez Delgado, psicóloga y pedagoga. Ayuntamiento de Lena. Lena.

Rosa María Ardua Suárez, maestra y educadora. Departamento de adicciones. Fundación Municipal de Servicios sociales. Ayuntamiento de Gijón. Gijón.

Rafael Cofiño Fernández, médico familiar y comunitario. Dirección General de Salud Pública. Oviedo.

Adriana Fernández García, psicóloga. Plan municipal de drogas de la Comarca de la Sidra: Bimenes, Cabranes, Colunga, Nava, Sariego y Villaviciosa.

José Antonio González Fernández, sociólogo. Dirección General de Salud Pública. Oviedo.

José Ramón Hevia Fernández, médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Dirección General de Salud Pública. Oviedo.

Soledad Iglesias Vega, psicóloga. Federación Asturiana de Concejos (FACC). Oviedo.

Sonia López Villar, enfermera. Observatorio de Salud de Asturias. Oviedo.

Maribel Panadero Canavas, psicóloga. Plan municipal de drogas. Ayuntamiento de Castrillón. Castrillón.

Belén Pertierra Menéndez, psicóloga. Plan municipal de drogas. Ayuntamiento de Castropol. Castropol.

José Antonio Ríos Sánchez, psicólogo. Comarca Valle del Nalón: Langreo, San Martín del Rey, Aurelio, Laviana, Sobrescopio y Caso.

Óscar Suarez Álvarez, psicólogo. Dirección General de Salud Pública. Oviedo.

NODO DE CATALUNYA

Coordinación

Dolors Juvinyà Canal, directora de la Cátedra de Promoción de la Salud. Girona.

Sílvia Espinal Utgés, técnica de la Cátedra de Promoción de la Salud. Girona.

Participantes

Esther Sánchez Ledesma, técnica de salud pública del programa Barcelona Salut als Barris. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

Irene García Subirats, técnica de salud pública del programa Barcelona Salut als Barris. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

NODO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Coordinación

Marta Sastre Paz, médica de familias y comunidades. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Juan Luís Ruiz Giménez, médico de familias y comunidades. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) y Foro de Salud Comunitaria de Madrid (FSCM). Madrid.

Participantes

Mercedes Araujo Calvo, enfermera familiar y comunitaria. Centro de Salud Manuel Merino. Gerencia de Atención Primaria. Vocal Promoción de la Salud y Participación Comunitaria de la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP). Madrid.

Jara Cubillo Llanes, médica de familias y comunidades. Centro de Salud Leganés Norte. Gerencia Atención Primaria. Madrid.

Julia Domínguez Bidagor, psicóloga. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Madrid.

María Dolores Gerez Valls, médica del Ayuntamiento de San Fernando de Henares. San Fernando de Henares.

Montserrat León García, farmacéutica. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Susana Martín Iglesias, enfermera responsable de centros de salud. Dirección Asistencial Sur Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Milagros Ramasco Gutiérrez, técnica de salud pública. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Madrid.

Irene Rodríguez Newey, enfermera. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

NODO DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Coordinación

Marta Montes Luna, médica familiar y comunitaria. Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Centro de Salud Integrado de Paiporta. Paiporta.

Participantes

Adoración Reyes Aviñó Juan-Ulpiano, psicòloga. Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana, FISABIO. València.

Amparo Esteban Reboll, mèdica familiar y comunitaria. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). València.

María de la Guardia Castellote, sociòloga. Oficina Valenciana d'Acció Comunitària per a la Salut (OVACS) de la Direcció General de Salut Pública. València.

Montserrat Niclós Esteve, resident de medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud de Algemesí. Algemesí.

Mireia López Nicolás, sociòloga. Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana, FISABIO. València.

NODO DE EXTREMADURA

Coordinación

Paula M^a Salamanca Bautista, enfermera. Subdirección de Atención Primaria. Mérida.

Participantes

M^a José Bermejo Rivero, enfermera. Centro de Salud de Alconchel, Consultorio de Higuera de Vargas. Alconchel.

Ángel F. González Manero, médico familiar y comunitario. Subdirección de Atención Primaria. Mérida.

M^a Dolores Salamanca Bautista, enfermera especialista en geriatría. Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de Extremadura. Almendralejo.

NODO DE ILLES BALEARS

Coordinación

Elena Cabeza Irigoyen, mèdica especialista en medicina preventiva y salud pública. Servicio de Promoción de la Salud de la Direcció General de Salut Pública i Participació. Palma de Mallorca.

Juana María Janer Llobera, mèdica familiar y comunitaria. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut. Palma de Mallorca.

Participantes

Beatriz Alonso Reyes, médica familiar y comunitaria. Centro de Salud Son Gotleu. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut. Palma de Mallorca.

Micaela Llull Sarralde, médica familiar y comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut. Palma de Mallorca.

Catalina Núñez Jiménez, médica familiar y comunitaria. Centro de Salud Trencadors. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut. Lluçmajor.

Trinidad Planas Juan, enfermera. Centro de Salud Son Gotleu. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut. Palma de Mallorca.

Estela Terrer Hernández, enfermera. Centro de Salud Vila. Eivissa.

Carlos Vecina Merchante, sociólogo, coordinador del Proyecto ICI-Palma (Intervención Comunitaria Intercultural) del Grec. Palma de Mallorca.

NODO DE LA RIOJA

Coordinación

M^a Puy Martínez Zárata, médica. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Logroño.

M^a José López de Valdivielso, enfermera. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Logroño.

Participantes

M^a Jesús Calvo Martínez, enfermera. Consultorio de Pradejón, Centro de Salud de Calahorra. Calahorra.

M^a Pilar Díez Ripollés, médica. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Logroño.

Armando Güemes San José, médico. Funcionario retirado de la OMS. Logroño.

Edith Pérez Alonso, médica. Coordinadora del Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) La Rioja. Centro de Salud de Arnedo. Arnedo.

Beatriz Romero González, trabajadora social. Ayuntamiento de Pradejón. Mancomunidad Cuenca del Cidacos. Pradejón.

NODO DE LA REGIÓN DE MURCIA

Coordinación

Mario Soler Torroja, médico de familia. Responsable de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP. Vicepresidente del Consejo Municipal de Salud de Molina de Segura. Molina del Segura.

Participantes

Miguel Ángel Alzamora Domínguez, sociólogo. Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia. Murcia.

Juan Luis Chillón Corbalán, sociólogo. Miembro Consejo Municipal de Salud de Molina de Segura. Molina del Segura.

Manuel Ángel García Chicano, residente de medicina de familia y comunitaria. Miembro grupo Medicina Basada en la Evidencia (MBE) de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFYC). Murcia.

Luis Galera Morcillo, médico de familia. Miembro grupo MBE de la Sociedad Murciana de Medicina (SMUMFYC). Murcia.

José Martínez López, médico de familia. Centro de Salud de Molina de Segura. Molina del Segura.

Juan Francisco Menárguez Puche, médico de familia. Miembro grupo MBE de la SMUMFYC. Coordinador Centro de Salud Jesús Marín de Molina de Segura. Miembro Consejo Municipal de Salud de Molina de Segura. Molina del Segura.

Olga Monteagudo Piqueras, especialista en medicina preventiva y salud pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Salud. Murcia.

Carmen Rico Verdú, profesora y médica. Vicepresidenta Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia. Murcia.

Juan Antonio Sánchez Sánchez, médico de familia. Miembro del grupo de MBE de la SMUMFYC. Responsable de Preevid (Servicio de la Consejería de Salud de respuestas rápidas basadas en la evidencia a preguntas clínicas). Murcia.

REVISIÓN EXTERNA

M^a Eugenia Azpeitia Serón. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP).

José Ramón Martínez Riera. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Antony Morgan. Glasgow Caledonian University.

Andreu Segura Benedicto. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

M^a Teresa Torres Serna. Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS).

1. Introducción

Las guías desarrolladas en Reino Unido por la institución para la excelencia en salud NICE (*National Institute for health and Care Excellence*)ⁱⁱⁱ tienen como objetivo formular recomendaciones basadas en la evidencia disponible para tomar decisiones dirigidas a aumentar la salud y el bienestar de la población. En definitiva, conseguir que las decisiones que se toman en el ámbito de la salud se basen en criterios de evidencia y de efectividad probada. Sus documentos se han convertido en referencia internacional para la práctica basada en la evidencia.

En la elaboración de guías NICE de salud pública se parte de un marco teórico basado en el modelo de determinantes sociales y las desigualdades en salud en torno a cuatro ejes: población, medio ambiente, sociedad y organizaciones³. Las guías recomiendan cómo deberían reducirse las desigualdades en salud en la población general y en poblaciones específicas, tratando de proponer intervenciones sinérgicas para lograr múltiples beneficios que aborden los cuatro ejes³.

Desde la Declaración de Alma Ata (1978)⁴ y la Carta de Ottawa (1986)⁵, diversos organismos internacionales han señalado la participación comunitaria como fundamental para aumentar el bienestar de las comunidades y mejorar la salud de las poblaciones. Sin embargo, su aplicación en España no ha sido del todo fácil y ha tenido diversos desarrollos. Existen leyes en la mayoría de las comunidades autónomas que incluyen la participación como parte fundamental del sistema sanitario, y órganos de participación como los consejos de salud están regulados desde la Ley 14/1986 General de Sanidad. Pero la realidad es que estas leyes no están desarrolladas homogéneamente en los distintos territorios, quedando en su mayoría como algo puramente testimonial o convirtiendo estos órganos de participación en herramientas para trasladar información, con composiciones poco equilibradas y una tendencia a tratar mayoritariamente aspectos del ámbito asistencial sanitario, sin incorporar el enfoque comunitario. A la par han surgido órganos informales de participación, tanto de trabajo específico en salud como de incidencia sobre los determinantes sociales, en su mayoría vinculados a colectivos vecinales y sociales o centros de salud.

La escasa apuesta política por la participación comunitaria se refleja en una notable falta de formación en temas relacionados con la participación y la salud comunitaria, aunque desde algunas universidades, administraciones sanitarias y entidades como el Programa

iii <https://www.nice.org.uk/>

de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) o algunas ONG, se imparten cursos o jornadas de formación de manera aislada.

Hay diferentes clasificaciones y definiciones sobre los niveles de participación. Para el trabajo desarrollado en el proceso de adaptación de esta guía se ha seguido la propuesta de Popay⁶ adaptando algunas de sus definiciones [ver Figura 1]: información, consulta, decisión-acción conjunta; liderazgo múltiple y compartido y control comunitario.

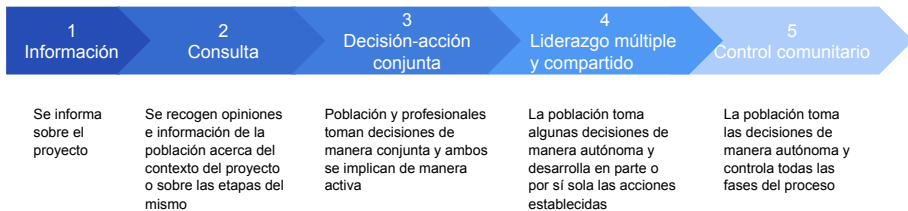


Figura 1: Niveles de participación comunitaria en un programa o proyecto de salud⁷.

Desde el equipo de coordinación del proyecto de adaptación de la guía NICE NG44 «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities»¹, en adelante guía NICE NG44, se han considerado como procesos de participación comunitaria aquellos que reflejaban como mínimo el nivel tres (decisión-acción conjunta), entendiendo así, que participar no es ser beneficiario de un programa sino implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación.

El objetivo de la guía NICE NG44¹ es formular recomendaciones basadas en la evidencia para promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades.

Así pues, la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar es un tema necesario y estratégico para el desarrollo de las políticas de salud a nivel estatal y autonómico. En este contexto, existen diversas cuestiones acerca de cómo se debería plantear dicha participación y qué métodos, según la evidencia disponible, se muestran más efectivos para su incorporación a la práctica. ¿Cómo formalizar la participación en nuestras administraciones y sistema de salud? ¿Cómo lograr la participación real de la población en el diagnóstico, diseño, puesta en marcha y evaluación de planes, estrategias, programas y/o proyectos de salud?

Para facilitar la toma de decisiones en relación con todas estas preguntas surge el proyecto AdaptA GPS con el objetivo de adaptar las recomendaciones de la guía NICE NG44¹ al

contexto del Estado español. La traducción, adaptación y publicación de la presente guía NICE «Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud», es el primer resultado de dicho proyecto.

Link a la guía original: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>

2. A quién va dirigida

Esta guía se dirige fundamentalmente a todas aquellas personas que toman decisiones en relación con las políticas de salud y quieren hacer real y efectiva la participación comunitaria tanto en el sistema de salud como en la formulación y desarrollo de planes, estrategias, programas y proyectos. De todas estas personas se distinguen varios perfiles en relación con la participación comunitaria y la reducción de desigualdades en salud, a los que pueden resultar útiles estas recomendaciones:

- Político: elaboran leyes y normas, deciden sobre recursos, formulan y ejecutan políticas, rinden cuentas, etc. que influyen en la participación en salud.
- Directivo (de la administración o de organizaciones comunitarias): elaboran planes y estrategias, gestionan, organizan y deciden sobre la distribución de recursos, evalúan, rinden cuentas, etc. que facilitan la participación en salud.
- Técnico o profesional (de la administración o de organizaciones comunitarias): organizan y planifican la elaboración, ejecución y evaluación de programas y proyectos en los que debe de integrarse la participación comunitaria en salud.

Específicamente en las organizaciones comunitarias, las personas directivas también representan a sus organizaciones ante la administración, se relacionan con representantes de la política y deciden a qué subvenciones y fondos optar para conseguir recursos y poder actuar. El personal técnico de estas organizaciones coordina y/o elabora proyectos para optar a estos fondos. Todas estas personas pueden ser receptoras de dichas recomendaciones.

Durante el proceso de adaptación se ha constatado que el lenguaje y formulación de las recomendaciones basadas en la evidencia presenta dificultades para su comprensión por parte de la población general. Por este motivo, al igual que se hace con las guías de práctica clínica, también en las guías del ámbito de la salud pública se deberían elaborar versiones de las guías dirigidas a población general y especialmente a aquellas personas de la comunidad local que forman parte de consejos de salud u otros órganos, participan como voluntariado, miembros de asociaciones o grupos formales o informales según intereses comunes, vecinas y vecinos, líderes naturales, etc.

La presente guía contiene, sobre todo, indicaciones de lo que funciona en el ámbito local para que se integre la participación comunitaria en proyectos y actuaciones dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de la población y reducir las desigualdades en salud desde

su inicio. Esto, en nuestro contexto, se enmarca en la acción local en salud e implica directamente a los ayuntamientos y a las estructuras de atención primaria y de salud pública más próximas, así como a organismos supramunicipales como diputaciones, consorcios comarcales o mancomunidades que promuevan acciones comunitarias en salud.

En la acción local en salud en el Estado español, existen estructuras como la Red Española de Ciudades Saludables, la implementación local de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención, así como redes de acción local en diversas comunidades autónomas. Las recomendaciones de la guía también pueden ser útiles para otras redes de promoción de la salud a nivel estatal, autonómico y local, como por ejemplo la Red Española de Universidades Saludables (REUS).

En el Anexo I están especificadas las personas y organizaciones destinatarias de la guía en nuestro contexto.

3. Recomendaciones

La guía se divide en cinco líneas de acción que agrupan todas las recomendaciones. Estas son:

- 3.1. Principios generales de buenas prácticas.
- 3.2. Cooperación y alianzas para responder a las necesidades y prioridades locales.
- 3.3. Facilitar la participación de la ciudadanía para identificar necesidades y prioridades locales.
- 3.4. Enfoque local para que la participación comunitaria esté integrada en las actuaciones sobre la salud y el bienestar.
- 3.5. Hacer que las personas se puedan implicar de la forma más fácil posible.

NOTA PARA LA LECTURA:

La evidencia que apoya las recomendaciones de la guía NICE NG44 es accesible *online*^{iv}. Además, de la página 26 a la 29 de la guía se puede apreciar cómo la evidencia y los documentos de expertos se han vinculado a las recomendaciones emitidas^v.

Por consenso del grupo de personas expertas que han participado en este proceso de adaptación de la guía NICE NG44¹, las recomendaciones que llevan un asterisco (*) han sufrido alguna modificación para facilitar su adaptación al contexto español. Las recomendaciones en las que aparece un doble asterisco (**) son recomendaciones que, aunque no aparecen en la correspondiente guía NICE NG44¹, han sido introducidas por decisión de las personas expertas del grupo de trabajo al considerarlas complementarias y necesarias para la promoción de la participación comunitaria en el contexto español.

En el texto de las recomendaciones aparecen en negrita los términos cuyas definiciones se han incluido en el glosario de este documento.

iv <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/evidence>

v <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-well-being-and-reducing-health-inequalities-pdf-1837452829381>

3.1. PRINCIPIOS GENERALES DE BUENA PRÁCTICA

3.1.1. Asegurar que las **comunidades locales** (ver glosario), las **organizaciones comunitarias** (ver glosario) y **tejido social** (ver glosario) y las Administraciones Públicas trabajen de forma conjunta en la planificación, el diseño, la provisión, el desarrollo, la implementación y la evaluación de las **actuaciones sobre la salud y el bienestar** (ver glosario)^{vi}.

Esto se consigue mediante:

- La aplicación de enfoques de **participación comunitaria** (ver glosario) basados en la evidencia.
- El respeto al derecho de las **comunidades locales** (ver glosario) a implicarse en la medida de su voluntad o posibilidad.
- La creación y promoción de redes comunitarias y el intercambio de información e ideas (sobre cuestiones tales como las distintas prioridades y valores culturales).
- El reconocimiento, la valoración y el intercambio de los conocimientos, las habilidades y las experiencias de todas las personas interlocutoras, especialmente las que proceden de la comunidad local.
- La necesidad de clarificar en qué tipo de decisiones y ámbitos pueden influir quiénes representan a las comunidades locales y cómo conseguirlo.
- La definición de los objetivos de la participación comunitaria para cada interlocutor.

3.1.2. Reconocer que el desarrollo de relaciones, confianza, compromiso, liderazgo y capacidades en todas las comunidades locales y organizaciones oficiales requiere tiempo. Para ello se debe:

- Planificar para que haya suficientes recursos.
- Asegurar desde el inicio la participación de todas las personas que forman parte del proyecto.
- Establecer una forma de trabajar concreta y efectiva para toda la población participante.
- Comenzar la evaluación de las actividades de participación comunitaria cuanto antes (o en la fase que se considere adecuada) para poder captar todos los resultados significativos.

^{vi} En el anexo VII de esta guía «Otros recursos de interés» se ofrecen las referencias a guías desarrolladas en el contexto español que facilitan el trabajo conjunto para la implementación de intervenciones comunitarias basadas en intersectorialidad y participación comunitaria.

3.1.3. Apoyar y promover que la participación sea sostenible en el tiempo a través de la implicación de las comunidades locales en todas las fases de las actuaciones sobre la salud y el bienestar. Esto se consigue mediante:

- La identificación y el trabajo con redes y organizaciones comunitarias, especialmente las que llegan a grupos en situación de vulnerabilidad o comunidades de reciente creación.
- La participación de las comunidades en el establecimiento de prioridades.

3.1.4. Asegurar que los **grupos decisores** (ver glosario) incluyan a personas de la comunidad local que reflejen la diversidad de la misma. Animar a estas personas a ser portavoces de redes comunitarias más amplias. Los grupos decisores deben adherirse a los principios clave descritos en este apartado.

3.1.5. Retroalimentar los resultados de la participación con las comunidades locales implicadas así como con otros agentes de interés. Esto se puede llevar a cabo de distintas maneras, por ejemplo, a través de los medios de comunicación locales o de páginas web comunitarias, a través de colectivos propios de la comunidad o mediante actos públicos en espacios comunitarios u otros lugares accesibles.

3.2. COOPERACIÓN Y ALIANZAS PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES LOCALES

Las siguientes recomendaciones están dirigidas a gerencias, direcciones, responsables de salud pública y de atención primaria, y áreas estratégicas que planifiquen, contraten, o provean **actuaciones sobre la salud y el bienestar** (ver glosario) en colaboración con la comunidad local (*).

3.2.1. Apoyar el desarrollo de redes de intercambio, cooperación y alianzas para que las **comunidades locales** (ver glosario) participen en la mejora de su salud y bienestar y en reducir las desigualdades en salud. Se debe contar con las **organizaciones comunitarias** (ver glosario) y **tejido social** (ver glosario) para conseguir este objetivo.

3.2.2. La cooperación y las alianzas han de basarse en las necesidades y prioridades locales. Algunas estrategias efectivas en este sentido son:

- Utilizar un enfoque basado en **activos** (ver glosario) para construir salud y bienestar a partir de las fortalezas y las capacidades de las comunidades locales.
- Potenciar el desarrollo comunitario, como herramienta de apoyo a los colectivos locales con mayor riesgo de tener peores indicadores de salud, para que identifi-

quen sus necesidades y aborden las causas fundamentales de aumento de dicho riesgo. Este apoyo tienen que prestarlo las administraciones públicas.

- Fomentar la **investigación participativa basada en la comunidad** (*en inglés CBPR*) (ver glosario) como método que permita a las personas participantes en la cooperación y las alianzas, mejorar sus conocimientos y percepciones relacionadas con la comunidad en la que trabajan.
- Promover actuaciones basadas en el territorio trabajando en conjunto con las comunidades locales con el objetivo de mejorar la salud, la educación y apoyar acciones de regeneración y desarrollo urbano para afrontar las desventajas sociales o económicas.
- Facilitar **estrategias de coproducción** (ver glosario) que garanticen que las administraciones públicas y las comunidades puedan participar con igualdad de condiciones en el diseño y prestación de las actuaciones sobre la salud y el bienestar.

3.3. FACILITAR LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA PARA IDENTIFICAR NECESIDADES Y PRIORIDADES LOCALES

Las siguientes recomendaciones están dirigidas a gerencias, direcciones, responsables de salud pública, de atención primaria y de otros sectores estratégicos que planifiquen y gestionen **actuaciones sobre la salud y el bienestar** (ver glosario) en cooperación con la **comunidad local** (ver glosario) (*).

3.3.1. Basarse en los conocimientos y experiencias de las **comunidades locales, las organizaciones comunitarias y el tejido social** (ver glosario) para conocer la diversidad de la comunidad e identificar personas que la representen y participen en la detección de necesidades y prioridades locales.

Pedir a estas personas que asuman el rol de **personas iguales y legas** (ver glosario), en las actuaciones sobre la salud y el bienestar. En relación con esto, las actuaciones de **personas iguales y legas** que se han demostrado efectivas son:

- Actuar como puente y establecer conexiones efectivas entre las instituciones, las organizaciones comunitarias, el tejido social y la comunidad local para determinar qué tipos de comunicación ayudarían de forma más efectiva a que las personas participen.
- Desarrollar intervenciones entre iguales. Es decir, formar y apoyar a personas para que a su vez ofrezcan información y apoyo a otras personas, sean de la misma comunidad o de entornos parecidos.

- Identificar **referentes o líderes comunitarios en salud** (ver glosario) para llegar a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad y propiciar su participación (*).
- Identificar las **acciones comunitarias en salud** (ver glosario) en las que las personas de la comunidad puedan organizarse para participar y llevar a cabo las actividades (*).

3.3.2. Ofrecer asesoramiento, capacitación y apoyo para la formación de las personas de la comunidad. También se debe ofrecer un reconocimiento formal de su aportación y otras oportunidades para su desarrollo. Por ejemplo, mediante certificados oficiales de la formación recibida.

3.4. ENFOQUE LOCAL PARA QUE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ESTÉ INTEGRADA EN LAS ACTUACIONES SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Las gerencias, direcciones, responsables de salud pública, de atención primaria y de otros sectores estratégicos que planifiquen y gestionen **actuaciones sobre la salud y el bienestar** (ver glosario) deberían:

3.4.1. Incluir procedimientos que garanticen que la participación comunitaria esté integrada en estas actuaciones. Estos procedimientos pueden ser:

- Establecer condiciones y procesos que faciliten la participación de las personas.
- Considerar la inclusión de cláusulas en las bases de subvenciones y pliegos de contratación a proveedores de servicios que contemplen la colaboración con las **comunidades locales** (ver glosario) (*).
- Garantizar que los acuerdos de gestión de los servicios sanitarios públicos contemplen en sus objetivos la colaboración con las **comunidades locales** (ver glosario) (**).
- Apoyar a las administraciones y organizaciones locales para que incorporen los principios de participación comunitaria en sus actividades (ver apartado 1.1).
- Incluir en la planificación los recursos necesarios, tanto humanos como económicos y materiales, que garanticen la participación comunitaria.
- Aplicar métodos de seguimiento, evaluación y retroalimentación de la participación con las **comunidades locales**, las **organizaciones comunitarias** y el **tejido social** (ver glosario).
- Garantizar que el aprendizaje procedente de la participación comunitaria esté reflejado en las sucesivas actuaciones sobre la salud y el bienestar. Por ejemplo, fomentar la evaluación de las actuaciones y tener en cuenta esos resultados para diseñar las siguientes.

3.4.2. Seguir los principios de buena práctica (ver apartado 1.1) y trabajar con las **comunidades locales** y con las **organizaciones comunitarias** y **tejido social** (ver glosario) para poder:

- Realizar un análisis estratégico conjunto de las necesidades y otros datos para conocer la situación sociodemográfica de las comunidades locales.
- Plantear estrategias para que sea lo más fácil posible que las personas se impliquen (ver apartado 1.5).
- Identificar los **activos** (ver glosario): habilidades, conocimientos, redes y relaciones e instalaciones disponibles a nivel local.
- Planificar cómo aprovechar y desarrollar estos **activos** (ver glosario) como parte del análisis estratégico conjunto de necesidades.
- Planificar de manera que las acciones locales se ajusten a las obligaciones normativas y estatutarias de los organismos públicos, teniendo en cuenta especialmente las que abordan temas de participación comunitaria (ver apartados 1.2, 1.3) (*).
- Actuar sobre las necesidades y preferencias de la comunidad teniendo en cuenta los posibles cambios de las mismas a lo largo del tiempo.

3.4.3. Trabajar con perspectiva de equidad, incorporando en los procesos participativos a los colectivos locales con mayor riesgo de tener peores indicadores de salud. Esto implica una atención especial a situaciones de inequidad por razón de género, etnia, migración, lugar de nacimiento, cultura, edad, nivel socioeconómico y educativo, territorio, identidad sexual, orientación sexual y diversidad funcional (*).

3.5. HACER QUE LAS PERSONAS SE PUEDAN IMPLICAR DE LA FORMA MÁS FÁCIL POSIBLE

Las siguientes recomendaciones van dirigidas a todas aquellas personas que planifiquen y gestionen **actuaciones sobre la salud y el bienestar** (ver glosario) en colaboración con la **comunidad local** (ver glosario).

3.5.1. Trabajar con la **comunidad local** y con las **organizaciones comunitarias** y **tejido social** (ver glosario) con el objetivo de:

- Identificar barreras para la participación, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad y comunidades de reciente creación.
- Decidir qué tipos de comunicación fomentarían más la implicación y el interés de las personas. Establecer estrategias de comunicación que respondan a las necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad o de aislamiento, comunidades de

reciente creación, personas con bajo grado de alfabetización o problemas de aprendizaje, personas con dificultad con los idiomas o que no utilizan los medios digitales o sociales.

3.5.2. Proporcionar el apoyo necesario para que la gente participe. Incluyendo:

- Implicar a la comunidad en la captación de participantes para la organización de la actuación.
- Ofrecerse a llamar por teléfono, escribir, enviar un correo electrónico, contactar por las redes sociales o visitar a las personas en su domicilio.
- Proporcionar la información en un lenguaje claro y conciso y en distintos idiomas. Se podría animar a aquellas personas de la comunidad que hablen un idioma extranjero para que se impliquen en la traducción de la información.
- Incorporar el enfoque de la interculturalidad para propiciar procesos participativos inclusivos de personas de distintas culturas (**).
- Asegurar que la programación horaria de los eventos encaje con las necesidades de las personas.
- Introducir el criterio de diversidad funcional como premisa para planificar una participación inclusiva. Generar vías, medios y entornos de participación accesibles bajo este criterio. Por ejemplo, celebrar las actividades en locales que sean totalmente accesibles y estén equipados adecuadamente (*).
- Ofrecer apoyo en el cuidado de la población infantil y personas en situación de dependencia, como podría ser un servicio de ludoteca o guardería, centros de día, ayuda domiciliaria (*) (**).
- Programar las actividades en espacios de la comunidad que sean agradables y crear un ambiente relajado e informal.
- Facilitar que la situación administrativa irregular de personas o grupos en situación de vulnerabilidad o de aislamiento no sea impedimento para la participación en los procesos (**).

4. Metodología

Previo al proceso de adaptación de la guía NICE NG44¹ elaborada en Reino Unido, se evaluó su calidad metodológica con el instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*)⁸. La guía cumplió el requisito mínimo previamente establecido, considerándola de calidad para su adaptación al Estado español al alcanzar una puntuación superior al 80% en el «dominio 3: rigor en la elaboración».

Para proceder al proceso de adaptación, inicialmente se creó un Equipo de Coordinación integrado por cuatro profesionales del ámbito de la promoción de la salud que contó con la asesoría y apoyo metodológico de GuíaSalud.

Las etapas llevadas a cabo para la adaptación de la guía NICE NG44¹ fueron las siguientes:

4.1. TRADUCCIÓN DE LA GUÍA NICE

En una primera etapa, se procedió a traducir la guía NICE NG44¹ de su lenguaje original (inglés) al castellano por parte de una traductora profesional.

4.2. CONSTITUCIÓN DE LOS NODOS DE TRABAJO PARA LA ADAPTACIÓN DE LA GUÍA

La segunda etapa comenzó con la constitución de una red colaborativa o Nodos de Trabajo. Desde la Dirección General de Salud Pública de la Comunitat Valenciana, se presentó el proyecto AdaptA GPS en diferentes foros: Encuentro sobre Participación Ciudadana y Salud en la Escola de Salut Pública de Menorca en 2016 y la reunión de la Alianza de Salud Comunitaria y el PACAP de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Se informó y ofreció la posibilidad de adherirse al mismo.

La red colaborativa estaba integrada por 10 Nodos de Trabajo procedentes de diez de las comunidades autónomas que aceptaron participar en el proyecto: Andalucía, Aragón, Asturias, Catalunya, Comunitat Valenciana, Comunidad de Madrid, Extremadura, Illes Balears, La Rioja y Región de Murcia. Cada nodo estaba constituido por una o dos personas coordinadoras del mismo y un equipo de profesionales y ciudadanía procedentes de distintos ámbitos (antropología, sociología, enfermería, medicina, trabajo social, personal técnico de la administración local, de atención primaria, salud pública, etc.). La red colaborativa, incluyendo al equipo de coordinación y al apoyo metodológico y administrativo, estuvo constituida por un total de 80 personas.

Todas las personas participantes en las diferentes fases del proyecto de adaptación de la guía han realizado la declaración de intereses (ver Anexo II).

4.3. REVISIÓN DE TÉRMINOS DUDOSOS DE LA TRADUCCIÓN DE LA GUÍA NICE NG44

Cada nodo revisó la traducción con el objetivo de identificar los términos que generaban dudas y sugerir términos equivalentes que tuviesen significado en el contexto español.

4.4. IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA Y GRIS

La siguiente etapa consistió en realizar una primera búsqueda bibliográfica de literatura científica por parte del equipo de coordinación con el objetivo de localizar publicaciones relacionadas con la participación comunitaria para mejorar la salud, el bienestar y reducir las desigualdades en salud en el contexto español, que pudiesen refrendar o no las recomendaciones originales de la guía NICE NG44¹.

Las estrategias de búsqueda se realizaron utilizando términos de lenguaje controlado y libre en cada una de las bases de datos con el fin de mejorar y equilibrar su sensibilidad y especificidad.

Las bases de datos y otras fuentes especializadas consultadas fueron: Web of Science, Scielo, ASSIA, CINAHL, PsycINFO y Medline.

La búsqueda incluyó todo tipo de estudios en los idiomas castellano, catalán (si se incluía en la base de datos) e inglés y el periodo de búsqueda fue desde 2008 hasta 2017.

Paralelamente, se realizó también una búsqueda de literatura gris. Para ello se pidió a cada nodo que, desde la experiencia y conocimiento sobre participación comunitaria en salud, identificaran publicaciones y literatura gris sobre:

- A. Estudios que evaluaran la efectividad de la participación comunitaria en la mejora de la salud y bienestar de la población y/o en reducir las desigualdades en salud.
- B. Estudios que describieran procesos efectivos para la mejora de la participación comunitaria en el ámbito de la salud según las recomendaciones de la guía NICE NG44¹.

Para ello se les facilitó posibles fuentes de consulta especializadas para proceder a la búsqueda de literatura gris en el Estado español (ver Anexo III).

Los criterios de inclusión y exclusión seguidos para seleccionar los documentos fueron:

Criterios de inclusión (debían cumplirse todos):

- Estudios centrados en promover la salud comunitaria.
- Estudios donde la población participe en todas o, al menos, en más de dos fases del proyecto (por fases se entienden: diagnóstico de necesidades, diseño, desarrollo de las acciones y evaluación).
- Estudios donde se identifique el grado de participación de la población en las distintas fases (*de menor a mayor grado: informar, consultar, decisión-acción conjunta, liderazgo múltiple y compartido, control comunitario*).

Criterios de exclusión:

- Estudios centrados en promover la salud individual o en la gestión de tratamientos individuales.
- Estudios donde la participación de la población haya consistido exclusivamente en informar o consultar.

Las fuentes consultadas no identificaron evidencia en nuestro contexto que modificara o cambiara las actuales recomendaciones de la guía NICE NG44¹. En el Anexo IV se encuentra la estrategia de búsqueda completa.

4.5. CONTEXTUALIZACIÓN

La contextualización se llevó a cabo para recopilar información sobre el contexto de la participación comunitaria en salud en las comunidades autónomas adheridas al proyecto.

Para ello, el equipo de coordinación compartió seis preguntas a las que las propias personas de cada nodo tenían que contestar, convirtiéndose así en sujetos de la investigación. A través de estas preguntas se pretendía:

- Conocer los contextos legales y normativos de cada comunidad autónoma sobre promoción de la participación comunitaria;
- Identificar los órganos formales e informales existentes en cada comunidad autónoma para promover esa participación ciudadana;
- Explorar la percepción de las personas de los nodos sobre el funcionamiento de estos órganos y estas normativas y su grado de participación real;
- Describir qué niveles de participación comunitaria han visto alcanzar en su territorio, y en qué fases de los procesos o proyectos la población suele participar más;

- Identificar los agentes claves de cada comunidad autónoma que pudieran beneficiarse de la adaptación de la guía;
- Identificar la oferta formativa existente en temas de participación comunitaria en salud en su comunidad autónoma.

Este proceso ayudó a reflexionar sobre la situación de la participación comunitaria en salud en cada comunidad autónoma y aproximar las recomendaciones a cada entorno.

4.6. REFORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Se realizó un primer encuentro presencial que tuvo como objetivo, a partir de los resultados de las fases anteriores, reelaborar y consensuar las recomendaciones de la traducción y decidir a quiénes podía dirigirse la versión adaptada de la guía.

También se compartieron los resultados de las revisiones bibliográficas y se reflexionó sobre la escasez de evidencia sobre participación comunitaria en salud en España.

4.7. APLICABILIDAD

Para valorar el grado de aplicabilidad de las recomendaciones de la guía NICE NG44¹ según el contexto español, se siguieron varias fases:

Cada nodo identificó en su comunidad autónoma una intervención o programa que estuviera en activo a nivel local donde se pudiesen testar las recomendaciones de la versión adaptada de la guía NICE NG44¹. En el anexo V está la relación de las intervenciones seleccionadas.

La intervención o programa elegido tenía que cumplir los siguientes criterios:

- Estar en activo.
- Estar próximo a algunos miembros del nodo (o que algunos miembros del nodo estuviesen implicados directamente en el programa o intervención elegida) para facilitar la valoración de la aplicabilidad de la guía.
- La población tendría que estar participando en todas las fases del desarrollo del proyecto (ideal) o al menos en más de dos: diagnóstico de necesidades (puede incluir mapeo de activos), diseño, desarrollo de las acciones y evaluación.
- La participación de la población tendría que ir más allá de recibir información o ser consultada y por tanto contemplar la decisión-acción conjunta, el liderazgo múltiple y compartido o el control comunitario tanto en decisiones como en acciones.

- El proyecto tendría que apoyar (o estar orientado a) que la población tome el control de la salud y sus determinantes.
- El proyecto se debería desarrollar en todo un territorio. Si fuera un proyecto a nivel autonómico habría que considerar el desarrollo específico que estuviera teniendo en un territorio (barrio o municipio) determinado.

En cada una de las intervenciones elegidas, se planteó la realización de tres entrevistas grupales, una para cada uno de los tres grupos que representaban a los agentes de interés del programa o proyecto:

- Nivel político-directivo: 6-8 personas del ámbito político y directivo que conociesen directamente el programa o proyecto.
- Nivel técnico de ejecución: 6-8 personas que estuvieran trabajando directamente en el programa o proyecto como profesionales.
- Nivel de población participante: 6-8 personas del ámbito comunitario directamente implicadas en el programa o proyecto.

En las entrevistas grupales se tenía que discutir una por una cada recomendación, para determinar si era clara y comprensible, y además si era aplicable o no al proyecto elegido por cada comunidad autónoma. Esto se planteó primero de forma individual y en un segundo momento se debatió en grupo.

Tras las entrevistas grupales y a partir de los resultados de las mismas y de las anteriores etapas del proceso, el equipo de coordinación elaboró un primer borrador de la guía.

Se realizó un segundo encuentro presencial que se centró en revisar y consensuar las recomendaciones aplicables al contexto español según los resultados de las entrevistas grupales, así como el texto de los diferentes apartados de esta guía.

A parte de los dos encuentros presenciales, se mantuvieron tres reuniones *online* del equipo de coordinación con las personas coordinadoras de los nodos para hacer un seguimiento de las tareas y aclarar posibles dudas metodológicas.

Después del segundo encuentro presencial, el equipo de coordinación con el apoyo de GuíaSalud procedió a la redacción del texto de la guía teniendo en cuenta las aportaciones de todos los nodos. Este texto se remitió de nuevo a los nodos para que realizaran una revisión final.

4.8. REVISIÓN EXTERNA

El texto de la guía adaptada fue sometido a un proceso de revisión externa. Las personas revisoras externas fueron propuestas por los Nodos de Trabajo.

Para proceder a revisar la guía, se dispuso de una parrilla que incluía una serie de preguntas cerradas dirigidas a conocer la opinión general sobre el borrador de la guía y su aplicabilidad al contexto español.

Las personas que realizaron la revisión externa han cumplimentado la declaración de intereses (Anexo II).

4.9. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

Está prevista una actualización de la guía en un plazo de cinco años como máximo o en plazos inferiores si se dispone de nueva evidencia científica que pueda modificar algunas de las recomendaciones que dispone. También, se actualizará en el caso que NICE, entidad elaboradora de la versión original, realizase cualquier cambio o aportación nueva a la guía original y pudiera tener repercusiones en el contexto español.

5. Difusión e implementación de la guía

Una guía es una herramienta para la transferencia del conocimiento a la práctica y además ayuda a profesionales y ciudadanía en la toma de decisiones o en el desarrollo de actuaciones más apropiadas. Para garantizar su uso en el entorno deseado es importante desarrollar estrategias de difusión e implementación de la misma.

En cuanto a la difusión, el objetivo es que se conozca la guía en entornos estatales, autonómicos y locales. Se sugieren acciones dirigidas a tres públicos distintos: político-directivo, técnico-profesional y ciudadanía. Estas podrían ser:

- Presentación de la guía por parte de las autoridades sanitarias/sociales, instituciones o sociedades científicas competentes a los medios de comunicación.
- Presentación de la guía por agentes de salud, ciudadanía o actores clave de la comunidad a las organizaciones comunitarias.
- Difusión e información de la guía en actividades sociales relacionadas con participación ciudadana.
- Difusión en jornadas y publicaciones científicas.
- Redes sociales y página web de la Alianza de Salud Comunitaria.

En relación con el tipo de actividades de difusión, se pueden utilizar diversos formatos como sesiones de presentación, talleres, seminarios interactivos, etc. En el Anexo VI se detallan algunas de estas actividades a modo de sugerencia.

Siendo el Estado español, un contexto con necesidades diferentes y particulares entre comunidades autónomas y dentro de ellas mismas, las estrategias específicas de difusión vendrán determinadas por las características específicas de cada entorno.

En relación con la implementación, esta debe ser concebida como un proceso dinámico, flexible y planificado con una correspondiente adaptación local a las características de la población a la que va dirigida, a las barreras que surjan y a los recursos disponibles. Por ello es necesario conocer muy bien las características y necesidades del contexto para decidir dónde se van a aplicar las recomendaciones. Como estrategias generales a seguir se sugieren los siguientes pasos a desarrollar de forma participada con los actores clave:

1. Analizar el contexto donde se va a implementar las recomendaciones de la guía.
2. Identificar barreras y facilitadores.

3. Definir estrategias para la implementación de las recomendaciones de la guía.
4. Definir un plan de evaluación del proceso de implementación de las recomendaciones y de los resultados obtenidos.

Aunque esta no sea una guía de práctica clínica, en el manual de implementación de GuíaSalud^{vii} se pueden encontrar diferentes aproximaciones que facilitan el abordaje de los aspectos a tener en cuenta en el plan de implementación, teniendo en cuenta que los contextos son variables.

vii <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/index.html>

6. Abreviaturas

AEC: Asociación de Enfermería Comunitaria.

AETSYS: Asociación Española de Trabajo Social y Salud.

AdaptA GPS: Proyecto Adapta y Aplica Guías de Promoción de Salud.

AGREE: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation.

NICE: National Institute for health and Care Excellence.

ONG: Organización No Gubernamental.

PACAP: Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria.

REUS: Red Española de Universidades Saludables.

SEMAP: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

7. Glosario

ACCIONES COMUNITARIAS EN SALUD [elaboración propia]

Actividades grupales planificadas, decididas y realizadas de forma participativa en el ámbito comunitario, dirigidas a mejorar la salud y el bienestar.

ACTIVOS PARA LA SALUD

Un activo para la salud es «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 les ayuda a reducir las desigualdades en salud»⁹.

ACTUACIONES SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR [elaboración propia]

Las actuaciones sobre la salud y bienestar recogen todas las estrategias, programas, servicios, actividades, proyectos o investigaciones que tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud.

COMUNIDAD [traducción guía NG44]

La definición del término es compleja y no es esta guía el espacio más adecuado para desarrollar el concepto. Por todo esto se ha optado por mantener la definición genérica propuesta por la Guía NG44 NICE¹ con algunas adaptaciones.

Una comunidad es un grupo de personas que tienen intereses o características en común. Las comunidades se definen por ubicación geográfica, grupo étnico, edad, ocupación, intereses compartidos o afinidades (como la religión o la fe) u otros vínculos comunes.

COMUNIDADES LOCALES

Aquellos conjuntos de personas agrupados por intereses o características en común que habitan en un mismo territorio.

Según la Alianza de Salud Comunitaria¹⁰, una comunidad se define de manera operativa como un territorio habitado por una población, que cuenta –o no– con determinados recursos y que expresa –o no– determinadas demandas¹¹. 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 o ciudadanía.
- Los recursos:
 - Técnicos (personal técnico del ámbito público y privado que interviene en el territorio).
 - 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 y potencialidades existentes.

ESTRATEGIAS DE COPRODUCCIÓN [elaboración propia]

El término coproducción significa literalmente producir de manera conjunta. En la última década, la adopción de un enfoque de coproducción en el área de la salud ha adquirido mayor importancia y se están elaborando estrategias para su implementación y evaluación.

En la coproducción, profesionales y personas de la comunidad trabajan de forma colaborativa, igualitaria y recíproca para diseñar, mejorar u ofrecer un programa o una intervención. Cuando las actividades son coproducidas según este enfoque, tanto los servicios como las comunidades se transforman en agentes de cambio más efectivos.

La coproducción en participación comunitaria para la salud debería incorporar los siguientes principios^{12, 13}:

- El enfoque de activos para la salud: se reconoce que las personas tienen conocimientos y experiencias que pueden aportar al desarrollo de una intervención para su mejora.
- La perspectiva de equidad: todas las personas que se involucran son consideradas iguales y sus conocimientos y experiencias son consideradas de igual importancia, independientemente de que sean profesionales o personas de la comunidad.
- El establecimiento de redes: el trabajo colaborativo e intersectorial es clave para poder desarrollar relaciones igualitarias y recíprocas.

GRUPOS DECISORES [elaboración propia]

Son aquellas personas o grupos de personas que, en el seno de un proceso de participación comunitaria, guían y orientan el proceso para llegar al objetivo planteado. Son aquellas que consensuan o acuerdan las decisiones sobre qué camino seguir en cada momento llamándose en algunos casos «grupos motores».

INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA BASADA EN LA COMUNIDAD¹⁰

Proceso de investigación en el que se pretende analizar la realidad para mejorarla a través de un trabajo conjunto 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-Participativa (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, los principios comunes son los siguientes:

- Es participativa.
- Hace énfasis en el proceso y en este proceso se refuerzan, de forma cooperativa, las aportaciones que hacen todas las personas investigadoras, sean estas personas de la comunidad o profesionales, ya que en la IAP todas investigan.
- Es una investigación vinculada a generar acción, por ello se orienta a la puesta en marcha de intervenciones comunitarias.
- Un elemento clave son los co-aprendizajes a lo largo de todo el proceso. Aprende el grupo investigador y aprende la comunidad.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS [elaboración propia]

Un grupo de personas que funcionan de acuerdo con un método y un objetivo común que se unen para llevar a cabo intervenciones para la comunidad. Esto exige la participación y articulación de actores organizados entre los cuales deben existir lazos de confianza, reciprocidad y cooperación. Se diferencia de tejido social por su carácter más formal y su estructura organizada.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Proceso mediante el que diferentes agentes de la comunidad se involucran -de manera directa o indirecta- en la toma de decisiones, y/o en la planificación, diseño, coordinación, implementación o evaluación de servicios, usando métodos de consulta, colaboración y/o empoderamiento¹⁴.

PERSONAS IGUALES Y LEGAS [elaboración propia]

Iguales y legas serían los términos equivalentes a la expresión en inglés «lay and peer», referida a las personas no profesionales que se encuentran en la comunidad y juegan un papel clave en el apoyo de las acciones sobre la salud y el bienestar de las personas. El término «lay» se refiere a un miembro de la comunidad sin formación ni perfil profesional específico (lego) en el ámbito de la salud y el bienestar. El término «peer» describe a una persona de la comunidad que comparte experiencias vitales parecidas al resto de miembros de su comunidad, siendo una igual a estas. Las funciones que desempeñan las personas iguales legas pueden ser remuneradas o no.

REFERENTES O LÍDERES COMUNITARIOS EN SALUD [traducción guía NG44]

Son personas voluntarias que, con formación y apoyo, ayudan a mejorar la salud y el bienestar de sus familias, comunidades o lugares de trabajo. Estas personas son un ejemplo de personas iguales y legas y pueden desarrollar las siguientes funciones:

- motivar y empoderar a las personas a que se impliquen en las actividades promotoras de salud.
- formar grupos para impulsar acciones o procesos comunitarios.
- remitir a las personas a los servicios apropiados.

TEJIDO SOCIAL¹⁵

Conjunto de personas o redes de personas, con vínculos relacionales que constituyen un activo para los individuos y la comunidad. Se diferencia del término «organizaciones comunitarias» por su carácter informal y disponer de una estructura menos articulada.

Para más términos relacionados con la salud y el bienestar social ver el documento del consorcio Think Local Act Personal titulado *Care and Support Jargon Buster*^{viii}:

viii <http://www.thinklocalactpersonal.org.uk/Browse/Informationandadvice/CareandSupportJargonBuster/>

8. Referencias

1. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
2. Paredes-Carbonell JJ, Morgan A. ¿Pueden «viajar» las guías NICE? Reflexiones sobre su aplicabilidad en la Comunitat Valenciana (España). Glob Health Promot. 2017. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975917691936>
3. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines. A Manual. 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction-and-overview>
4. World Health Organization. Primary Health Care. Report of International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization. 1978; pp. 78.
5. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. 1986. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
6. Popay J, Poval SL, Whitehead M. Community Engagement in Initiatives Addressing the Wider Social Determinants of Health: A Rapid Review of Evidence on Impact, Experience and Process. CE6&7 - 3 Social Determinants Effectiveness Review Executive. Lancaster: Lancaster University; 2007. pp. 227. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/PH9/documents/socialdeterminants-evidence-review-final2>
7. Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ, Lopez-Ruiz V, García AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-evidencia-sobre-participacion-comunitaria-salud-avance-S0213911118301638>
8. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. BMJ. 2016; i1152. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i1152>
9. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ 2007; Suppl 2: 17-22.
10. Alianza de Salud Comunitaria. Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>
11. 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>

12. Penny J, Slay J, Stephens L. People Powered Health Co-Production Catalogue. NESTA. 2012; pp. 89. Disponible en: http://www.nesta.org.uk/sites/default/files/co-production_catalogue.pdf
13. Realpe A, Wallace LM. What is co-production? The Health Foundation. 2010.
14. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Heal Res 2013; 1: 1-526.
15. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Glosario conceptual básico. 2006. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/bimena/IDH-Honduras/2006/glosario.pdf>

Anexo I: Posibles personas destinatarias de la guía^{ix}

1. ÁMBITO POLÍTICO Y DIRECTIVO, Y RESPONSABLES DE GESTIÓN

- a. Dirección de salud pública y de gestión de los servicios sanitarios (gerencia de servicio autonómico de salud, gerencias de atención primaria, etc.).
- b. Dirección y responsables de diferentes ámbitos a nivel autonómico (servicios sociales; educación; igualdad, juventud, etc.).
- c. Dirección y responsables de la administración local (ayuntamientos -concejalias-, comarcas, diputaciones) de diferentes sectores: participación, ciudadanía, educación, urbanismo, medio ambiente, deportes, infancia, servicios sociales, etc.).
- d. Responsables y dirección de organizaciones comunitarias. Por ejemplo: ONG y entidades del tercer sector.
- e. Presidencia de federaciones de asociaciones de diferentes áreas (vecindad, AMPAS, jóvenes,...).

2. PROFESIONALES DE DIVERSOS SECTORES

- a. Profesionales de los servicios de salud (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, fisioterapia, matronas, profesionales de salud pública, mediación cultural, odontología, etc.).
- b. Profesionales de los centros educativos (profesorado, profesionales de psicología, pedagogía y trabajo social, etc.).
- c. Profesionales de los servicios sociales y comunitarios.
- d. Profesionales de la administración local (a diferente nivel como comarcal, municipal, distritos, barrios, planes de desarrollo local; y de diferentes sectores: educación, urbanismo, medio ambiente, trabajo y empleo, deportes, infancia, hacienda, cultura, participación ciudadana, industria, infraestructuras, policía de barrio, etc.).

ix Este listado es resultado de una de las tareas llevadas a cabo por la Red Colaborativa.

- e. Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, que incluyen profesionales y residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria.
- f. Profesionales de ONG.
- g. Profesionales de universidades y centros o fundaciones dedicadas a la investigación.
- h. Sociedades científicas.
- i. Colegios profesionales.
- j. Profesionales de medios de comunicación y de redes sociales.
- k. Sectores privados con motivación de participación comunitaria en salud como por ejemplo: profesionales de farmacias, entidades deportivas, etc.

3. CIUDADANÍA MOVILIZADA^x

- a. Personas que forman parte de los Consejos de Salud (autonómicos, de sector o área y de zona de salud) o de mesas intersectoriales, mesas de entidades o consejos de barrio.
- b. Asociaciones de diferente tipo: vecinales, de mujeres, de jóvenes, de mayores, de pacientes, de personas con diversidad funcional, AMPA, de inmigrantes, culturales, cívicas, de diversidad sexual, de salud mental; asociaciones o clubes deportivos; asociaciones de pacientes y de defensa de la sanidad; grupos de ayuda mutua, etc.
- c. Agentes sociales: personas clave en los diferentes territorios, voluntariado, ONG, agentes de salud, mesas de participación en diversos sectores, plataformas y movimientos sociales.
- d. Participantes en redes de promoción de la salud.
- e. Participantes en proyectos que promueven la coproducción en salud y la innovación.
- f. Grupos informales de diferentes territorios.
- g. Sindicatos.
- h. Asociaciones empresariales.
- i. Población general.

x Se utiliza el término ciudadanía movilizada para diferenciarla de la población general.

Anexo II: Declaración de intereses

Tras haber leído y comprendido la información remitida sobre la declaración de intereses para el presente proyecto de elaboración de la adaptación de la Guía «Community engagement: improving Health and wellbeing and reducing health Inequalities», se han declarado los siguientes intereses:

M^a Victoria López Ruiz, financiación de asistencia a dos reuniones para la elaboración del proyecto AdaptA - GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve.

Blanca Botello Diaz, financiación de asistencia a una reunión para la elaboración del proyecto AdaptA - GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve y asistencia a una jornada del grupo de trabajo de SEMFYC financiada por laboratorios MSD.

Elena Ruiz Peralta, financiación de asistencia a una reunión para la elaboración del proyecto AdaptA - GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve.

Javier Gállego Diéguez, financiación de asistencia a una reunión para la elaboración del proyecto AdaptA - GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve.

Carmen Belén Benedé Azagra, financiación de una ayuda económica para la investigación, premio Isabel Ferrandiz, por parte de la SEMFYC en 2018.

Dolors Jubinyà Canal, financiación de asistencia a una reunión para la elaboración del proyecto AdaptA - GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve.

Paula M^a Salamanca Bautista, financiación de asistencia a dos reuniones para la elaboración del proyecto AdaptA - GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve.

Elena Cabeza Irigoyen, financiación de asistencia a dos reuniones de trabajo del proyecto AdaptA - GPS por la Fundación Dr. Esteve.

Juana Maria Janer Llobera, financiación de asistencia a dos reuniones de trabajo del proyecto AdaptA - GPS por la Fundación Dr. Esteve.

Jara Cubillo Llanes, financiación de asistencia a dos reuniones de trabajo del proyecto AdaptA - GPS por la Fundación Dr. Esteve.

Montserrat León García, financiación de asistencia a dos reuniones de trabajo del proyecto AdaptA - GPS por la Fundación Dr. Esteve.

Estela Terrer Hernández, asistencia al 6º Congreso de la SEHER financiado por Urgo Medical.

Viola Casseti, asistencia al Congreso SEMFYC 2017, financiado por el grupo PACAP de la SEMFYC.

M^a Jesús Calvo Martínez, inscripción jornadas AEC Teruel 2017 financiada por TENA Pro-farma y financiación de asistencia a dos reuniones para la elaboración del proyecto AdaptA-GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve.

M^a José López de Valdivielso, financiación de asistencia a una reunión para la elaboración del proyecto AdaptA-GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve

M^a Puy Martínez Zárata, financiación de asistencia a una reunión para la elaboración del proyecto AdaptA-GPS por parte de la Fundación Dr. Esteve

Manuel A. García Chicano, asistencia a congreso SESMES 2017 en Alicante financiado por Gebro Farma PH.

De los revisores expertos, declaran intereses:

Andreu Segura, diversos honorarios como profesor asociado y conferenciante, financiado por Universitat Pompeu Fabra, Fundación Grífols, Ciencias de la Salud y Borja de Bioética durante 2016, 2017 y 2018.

Las siguientes personas han participado en la elaboración de la guía y han declarado ausencia de intereses:

De la coordinación: Joan J. Paredes i Carbonell.

Del asesoramiento metodológico: María José Vicente Edo.

Del apoyo administrativo: Pilar Marín Feliu.

Del nodo de Andalucía: Mariano Hernán Ruiz, Pilar Baraza Cano y M^a Teresa Iriarte de los Santos.

Del nodo de Aragón: Cruz Bartolomé Moreno, Ana Calvo Tocado, Elisa Ferrer Gracia, Alba Gállego Royo y Pilar Aliaga Train.

Del nodo de Asturias: José Antonio Ríos Sánchez, Adriana Fernández García, Rosa María Ardura Suárez, Maribel Panadero Cabanes, Soledad Iglesias Vega, Belén Álvarez Delgado, Belén Pertierra Menéndez, Sonia López Villar, Óscar Suarez Álvarez, José Antonio González Fernández, Rafael Cofiño Fernández, José Ramón Hevia Fernández y José Feliciano Tato Budiño.

Del nodo de Catalunya: Silvia Espinal Utgés, Esther Sánchez Ledesma, Irene García Subirats.

Del nodo de la Comunitat Valenciana: Marta Montes Luna, Montserrat Niclós Esteve, Adoración R. Aviñó Juan-Ulpiano, Amparo Esteban Reboll, Mireia López Nicolás y María de la Guardia Castellote.

De nodo de Extremadura: M^a José Bermejo Rivero, M^a Dolores Salamanca Bautista, Ángel F. González Manero.

Del nodo de Illes Balears: Beatriz Alonso Reyes, Micaela Llull Sarralde, Catalina Núñez Jiménez, Trinidad Planas Juan y Carlos Vecina Merchante.

Del nodo de La Rioja: Edith Pérez Alonso, Beatriz Romero González, Armando Güemes San José, M^a Pilar Díez Ripollés.

Del nodo de Madrid: Julia Domínguez Bidagor, Milagros Ramasco Gutiérrez, María Dolores Gerez Valls, Mercedes Araujo Calvo, Juan Luis Ruiz Giménez, Susana Martín Iglesias, Irene Rodríguez Newey y Marta Sastre Paz.

Del nodo de Murcia: Miguel Ángel Alzamora Domínguez, Juan Luis Chillón Corbalán, Luis Galera Morcillo, José Martínez López, Juan Francisco Menárguez Puche, Olga Monteagudo Piqueras, Carmen Rico Verdú, Juan Antonio Sánchez Sánchez y Mario Soler Torroja.

De los revisores expertos: M^a Teresa Torres Serna, José Ramón Martínez Riera, M^a Eugenia Azpeitia Serón, Antony Morgan.

Anexo III: Fuentes orientativas para la búsqueda de literatura gris

La búsqueda de la literatura gris supone un reto por parte de las personas investigadoras. Dada la gran diversidad de agentes que pueden elaborar documentos, informes, ponencias, resúmenes de congresos, blog, redes sociales, etc., se han recopilado buscadores, organismos e instituciones en los que se puede disponer de esta información.

1. BUSCADORES DE LITERATURA GRIS ONLINE

MedNar: <http://mednar.com/mednar/desktop/en/green/search.html>

Open Grey: <http://www.opengrey.eu/>

Grey Literature Report: <http://www.greylit.org/home>

OAIster: <http://oaister.worldcat.org/>

WorldWideScience.org: <https://worldwidescience.org/index.html>

The Virginia Henderson Global Nursing e- Repository: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/>

2. BUSCADORES DE TESIS DOCTORALES:

- OATD: <https://oatd.org/>
- Teseo: <https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do>
- TDR: <http://www.tdx.cat/>

3. OTRAS INSTITUCIONES, ORGANISMOS Y SOCIEDADES

- Instituciones de salud pública (Instituto Carlos III, Escuela Andaluza de Salud Pública, Agència de Salut Pública de Catalunya, etc.)
- Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria
- Sociedades científicas de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC, SEMERGEN)
- Sociedades científicas de Salud Pública (SESPAS)
- Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP)

- Direcciones generales de Salud Pública.
- Servicios de salud autonómicos.
- Universidades.

Anexo IV: Estrategia de búsqueda de literatura

PICOC: Población, Intervención, Outcome, Contexto.

POPULATION

(communit* OR village* OR neighbourhood* OR neighborhood* OR municipalit* OR town* OR urban area OR rural area OR citizen* OR peer* OR resident* OR stakeholder* OR volunteer* OR vulnerable OR local people OR local group).

INTERVENTION

(engagement OR participation OR empower* OR engage* OR involve* OR «collective action*» OR coalition* OR collaboration* OR cooperate OR co-production OR «delegated power» OR involve* OR network* OR participatory OR partnership*).

OUTCOME

(disadvantage* OR disparit* OR equalit* OR equit* OR «social gradient*» OR «health determinant*» OR health education OR inequit* OR inequalit* OR public health OR unequal OR Health OR well-being OR wellbeing OR «healthy polic*»).

CONTEXT

SPAIN^{xi}: ((spain OR espagne OR espana OR españ* OR spagna) OR (catalunya OR catalonia OR catalogne OR cataluña OR catala* OR barcelon* OR tarragona OR lleida OR lerida OR girona OR gerona OR sabadell OR hospitalet) OR (comunidadvalenciana OR comunitatvalenciana OR valencian* valencia* OR castello* OR alacant OR alicant*) OR (murcia*) OR (cartagen* NOT indias) OR (andalu* OR sevilla* OR granad* OR huelva OR almeria OR cadiz OR jaen OR malaga) OR (cordoba NOT argentin*) OR (extremadura OR caceres OR

xi Adaptado de Valderas, J. M., Mendivil, J., Parada, A., Losada-Yáñez, M. & Alonso, J. (2006). Development of a Geographic Filter for PubMed to Identify Studies Performed in Spain. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 59(12), 1244-1251. [https://doi.org/10.1016/S1885-5857\(07\)60080-2](https://doi.org/10.1016/S1885-5857(07)60080-2).

badajoz OR madrid) OR (castilla OR salamanca OR zamora OR valladolid OR segovia OR soria OR palencia OR avila OR burgos) OR (leon NOT (france OR clermont OR rennes OR lyon OR USA OR mexic*)) OR (galicia OR gallego OR compostela OR vigo OR corun* OR ferrol OR orense OR ourense OR pontevedra OR lugo) OR (oviedo OR gijon OR asturia*) OR (cantabr* OR santander) OR (vasco OR euskadi OR basque OR bilbao OR bilbo OR donosti* OR san sebastian OR vizcaya OR bizkaia OR guipuzcoa OR gipuzkoa OR alava OR araba OR vitoria OR gasteiz) OR (navarr* OR nafarroa OR pamplona OR iruna OR irunea) OR (logron* OR rioj*) OR (aragon* OR zaragoza OR teruel OR huesca) OR (mancha OR ciudad real OR albacete OR cuenca) OR (toledo NOT (ohio OR us OR usa OR OH)) OR (guadalajara NOT mexic*) OR (balear* OR mallorca OR menorca OR ibiza OR eivissa) OR (palmas OR lanzarote OR canari* OR tenerif*) OR (ceuta OR melilla) OR (osasunbide* OR osakidetza OR insalud OR sergas OR catsalut OR sespa OR osasunbidea OR imsalud OR sescam OR ib-salut)).

Anexo V: Proyectos seleccionados para valorar la aplicabilidad de las recomendaciones

• ANDALUCÍA

Denominación: Plan de acción local de salud de Baena (Estrategia RELAS).

Entidades responsables: Junta de Andalucía. Ayuntamiento. Centro de Salud y asociaciones locales.

Ciudad: Baena (Córdoba) en conexión con el Área de Salud del Sur de la provincia de Córdoba.

• ARAGÓN

Denominación: Promoción de la Salud en Delicias.

Entidades responsables: Asociación de Vecinos de Delicias *Manuel Viola* y Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza. Proyecto integrado en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

Ciudad: Zaragoza.

• ASTURIAS

Denominación: Olimpiadas Intergeneracionales Comarca de la Sidra. <https://www.facebook.com/comarcasalud/>, <http://comarcasalud.es/iii-olimpiadas-intergeneracionales-comarca-la-sidra/>

Entidades responsables: Comarca de la sidra. [<https://www.lacomarcadelasidra.com/>] compuesta por seis municipios del centro-oriente asturiano. Bimenes, Cabranes, Colunga, Nava, Sariegu y Villaviciosa.

Municipios: Bimenes, Cabranes, Colunga, Nava, Sariegu y Villaviciosa.

• CATALUNYA

Denominación: Barcelona Salut als Barris.

Entidades responsables: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Ciudad: Barcelona.

• COMUNIDAD DE MADRID

Denominación: Mapeando Carabanchel Alto.

Entidades responsables: en esta iniciativa actualmente participan, de forma horizontal, 42 entidades cuyos nombres e información puede consultarse en el siguiente enlace <http://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com/>

Ciudad: Madrid.

Denominación: Proyecto de Barrios Saludables integrado en el Proceso de Intervención Comunitaria Intercultural (PICI) Concepción-San Pascual de Madrid.

Entidades responsables: La Rueda Asociación y Fundación «La Caixa».

<http://intervencioncomunitaria-larueda.blogspot.com.es/search/label/barrio%20Concepci%C3%B3n>

Ciudad: Madrid.

• COMUNITAT VALENCIANA

Denominación: Proyecto ACTIVA: Evaluación de la repercusión del ejercicio físico sobre el control de las patologías crónicas, la calidad de vida y el gasto sanitario.

Entidades responsables: Consorcio Hospital General Universitario de València y Centros de Salud de Fuensanta, Nou Moles, Sant Isidre, Guillem de Castro, Nápoles y Sicilia, Convento Jerusalén y Consultorio Auxiliar Barrio La Luz.

Ciudad: València.

• EXTREMADURA

Denominación: Proyecto Progreso.

Entidades responsables: impulsa el equipo de atención primaria de la zona de salud «El Progreso» y lo desarrolla la Comisión Comunitaria «El Progreso».

Ciudad: Badajoz.

• ILLES BALEARS

Denominación: Proyecto Mapa de Activos de las Illes Balears.

Entidades responsables: Dirección General de Salud Pública y Participación y Atención Primaria del Servicio Balear de Salud.

Ciudades: Illes Balears.

• LA RIOJA

Denominación: Familia, Salud y Bienestar del municipio de Pradejón. Prevención de drogo-dependencias y reducción de riesgos derivados del consumo, dirigido a jóvenes y adolescentes.

Entidades responsables: Consultorio médico de Pradejón (pertenece al centro de salud de Calahorra), CEIP José Ortega Valderrama de Pradejón, Instituto de Educación Secundaria Pradejón y Ayuntamiento de Pradejón.

Ciudad: Pradejón.

• REGIÓN DE MURCIA

Denominación: Mejorar el Uso de benzodicepinas. Una estrategia comunitaria de desmedicalización.

Entidades responsables: Grupo de Trabajo Municipal de deprescripción de benzodicepinas e hipnóticos «yonomebenzo» y equipo de atención primaria del Centro de Salud Profesor Jesús Marín López.

Ciudad: Molina de Segura.

Anexo VI: Objetivos y contenidos de las posibles acciones de difusión de la guía

Nota. Estas acciones se podrán dirigir de forma indistinta a cualquier público y se favorecerá su desarrollo si se incorporan dinámicas participativas.

ACCIÓN DE DIFUSIÓN	DURACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
Sesión de presentación	1-2 horas	Dar a conocer las recomendaciones de la guía y motivar al público para su implementación según el contexto específico	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y justificación de la sesión - El contexto específico de la participación comunitaria en salud según dónde se realice la sesión - Presentar conceptos básicos según el glosario de la guía - Evidencia en participación comunitaria - Proceso de adaptación de la guía - Recomendaciones - ¿Cómo pasar a la acción?
Taller	2-4 horas	Analizar las recomendaciones de la guía y reflexionar sobre cómo priorizarlas y aplicarlas según el propio contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y justificación del taller - Trabajar en grupo los conceptos básicos según el glosario de la guía - Reflexionar en grupo sobre el contexto específico de la participación comunitaria en salud según dónde se realice el taller - Analizar en grupo las recomendaciones y consensuar cómo priorizarlas y aplicarlas
Seminario interactivo	4-8 horas	<p>Analizar las recomendaciones de la guía y reflexionar sobre cómo priorizarlas y aplicarlas según el propio contexto</p> <p>Identificar dificultades (estructurales, organizacionales y de proceso) en la implementación de las recomendaciones de la guía y cómo superarlas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mismos contenidos que el taller - Presentación de casos prácticos de aplicación de las recomendaciones de la guía según diversos escenarios o entornos, identificando dificultades y logros obtenidos - Consensuar principales dificultades según el contexto y cómo superarlas

Anexo VII: Otros recursos de interés

Alianza de Salud Comunitaria. Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>

Artazcoz L, Calzada N, Colell E, et al. Barcelona Salut als Barris, com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Barcelona_Salut_als_Barris_Com_desenvolupar_estrategia_salut_comunitaria_2017.pdf

Benito A, Nuin B, Sorraín Y, et al. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Bilbao: Departamento de Salud del Gobierno Vasco & Osakidetza; 2016. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf

Buades J, Giménez C. Manual de intervención comunitaria en el barrio. Valencia: Fundación Ceimigra; 2013. Disponible en: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/03/manual_de_intervencin_comunitaria_en_barrios_2.pdf

Cabeza Irigoyen E, Artigues Vives G, Gómez Alonso M, Riera Martorell C, Coll Pons M, García Pineda A, Janer Llobera JM, Salas Valero N, March Llull S, Vidal Thomàs MC, Mascarò García A, Moncada Ocanto EE. Guía para la elaboración del Mapa de Activos en Salud en las Islas Baleares [Internet]. Conselleria de Salut Illes Balears; 2015 [cited 2018 May 30]. 35 p. Disponible: http://e-alvac.caib.es/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf

Carmona M, Rebollo O. Guia operativa d'acció comunitària. Barcelona: Acció Social i Ciutadania. Ajuntament de Barcelona; 2009. Disponible en: http://www.ddgi.cat/lportal/c/document_library/get_file?uuid=964c9fe9-16a8-4796-b635-ff30793b8dc3&groupId=25731

Dirección General de Salud Pública. Procedimiento para trabajar la acción comunitaria para la salud desde los municipios en cinco etapas. Serie Guías XarxaSalut, nº 1. València: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 2018.

Dirección General de Salud Pública. Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. Serie Guías XarxaSalut, nº 2. València: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 2018.

Dirección General de Salud Pública. Caja de herramientas XarxaSalut. Serie Guías XarxaSalut, nº 3. València: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 2018.

- Dirección General de Salud Pública. Acciones comunitarias en salud desde los municipios vinculadas con el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. Serie Guías XarxaSalut, nº 4. València: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica; 2018.
- Direcció de serveis d'acció comunitària Gerència de drets de ciutadania, participació ciutadana i transparència. Cap una política pública d'acció comunitària. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2016. Disponible en: http://ajuntament.barcelona.cat/acciocomunitaria/sites/default/files/Document_Marc.pdf
- Hernán-García M, Cardo-Miota A, Barranco-Tirado JF, Belda-Grindley C, Páez-Muñoz E, Rodríguez-Gómez S, Lafuente-Robles N. (S.F.). Salud comunitaria basada en activos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hernán-García M, Cardo-Miota A, Barranco-Tirado JF, Belda-Grindley C, Páez-Muñoz E, Rodríguez-Gómez S, Lafuente-Robles N. (S.F.). Guía práctica de salud comunitaria basada en activos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- MSSSI. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Implementacion_Local.htm
- Observatorio de salud en Asturias. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Oviedo: Gobierno de Asturias; 2016. Disponible en: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf
- Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Recursos. Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/recursos/>
- Rebollo O, Morales E, González-Motos S. Guía operativa de Evaluación de Acción Comunitaria. Barcelona: IGOP/UAB. Ayuntamiento de Barcelona; 2016. Disponible en: igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf
- Red CIMAS. Metodologías participativas. Madrid: CIMAS; 2009. Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
- Revista Comunidad. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/>
- Salud y desarrollo urbano sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo. Bilbao: Departamento de Salud del Gobierno Vasco & Osakidetza; 2014. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Salud-Desarrollo-Urbano.pdf
- Universidad de Kansas. Caja de herramientas comunitarias. Disponible en: <https://ctb.ku.edu/es/tomar-accion-en-la-comunidad>

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la participación de todas las personas vinculadas a los proyectos comunitarios que han colaborado en las entrevistas grupales y que han aportado su tiempo y comentarios para mejorar las recomendaciones de esta guía.

