



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo de Fin de Máster

EVALUACIÓN DEL PROYECTO SALUD EN RED EN LOS BARRIOS

***EVALUATION OF THE PROJECT NEIGHBORHOODS
HEALTH NETWORK***

Autora:

Natalia Formento Marín

Directores:

Elena Lobo Escolar y Javier Gallego Diéguez

Universidad de Zaragoza

Máster en Salud Pública 2018-2019

Agradecimientos:

A Javier Gallego y Elena Lobo por su tiempo y dedicación.

A Saray Aparicio, Alba Soriano y Marina Pola por su colaboración
imprescindible.

Índice

1. Introducción	8
2. Justificación	9
3. Objetivos.....	9
4. Metodología	24
5. Resultados	49
6. Discusión.....	53
7. Conclusiones	54
8. Bibliografía.....	59
9. Anexos	73

Introducción

El proyecto *Salud en Red en los Barrios* es una iniciativa promovida por el Ayuntamiento de Zaragoza y el Gobierno de Aragón (1). Surge de la necesidad de llevar a cabo una coordinación intersectorial en los barrios para visibilizar y potenciar las actuaciones en salud comunitaria y contribuir al abordaje de los determinantes sociales de la salud en el territorio a nivel local. Se puso en marcha inicialmente en 2018 en los barrios de Arrabal, Casetas y Las Fuentes como proyecto piloto (Anexo 1) y se planea su extensión progresiva al resto de barrios de Zaragoza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) defiende que la promoción de salud debe desarrollarse a nivel local, desde el ámbito social y ecológico, con enfoques integrales y relaciones colaborativas que incluyan la participación comunitaria en su diseño (2). La bibliografía destaca el papel imprescindible de los gobiernos locales para la reducción de las desigualdades en salud debido a su responsabilidad en las políticas sociales y de salud a ese nivel (3).

Una revisión sistemática de la literatura para la identificación de los facilitadores para el desarrollo e implementación de políticas y programas de promoción de salud a nivel local, destaca entre ellos el desarrollo de decisiones colaborativas, la elaboración de los objetivos y metas en consenso, la planificación y acción local, el liderazgo efectivo, la confianza en la creación y mantenimiento del proyecto, la disponibilidad de recursos, el enfoque dinámico, un marco de tiempo realista y la participación de personal capacitado y formado para su desarrollo (4).

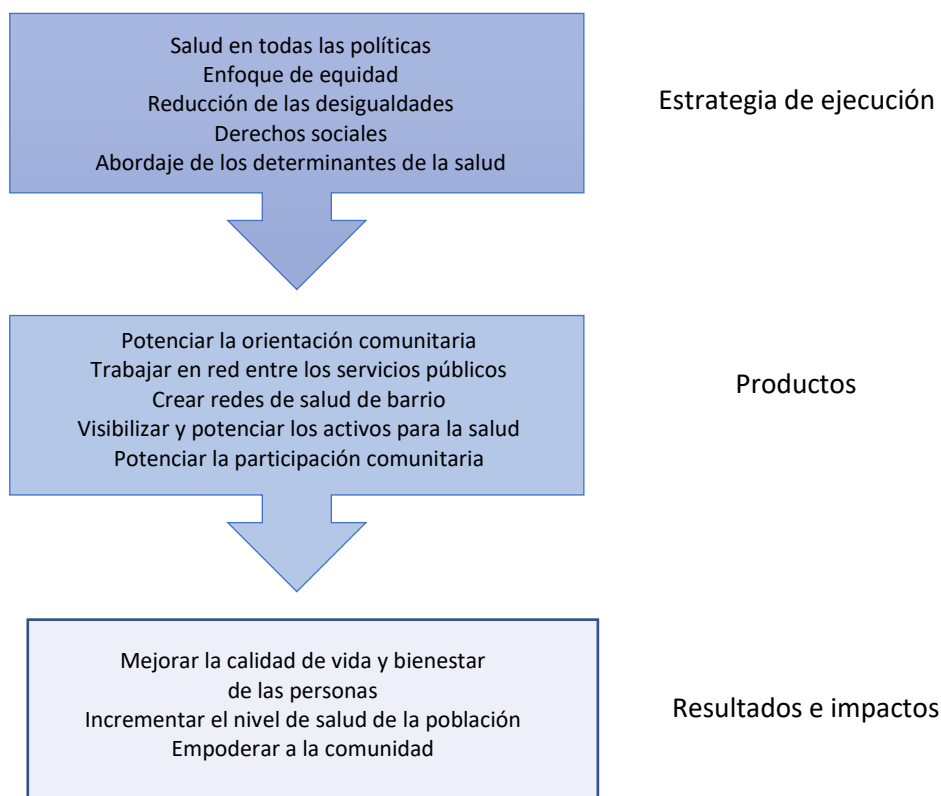
Se han desarrollado diversas iniciativas que reflejan esta propuesta. A nivel internacional, el proyecto *Ciudades Saludables* creado por la OMS en 1988 en ciudades de todo el mundo (5), se está implementando actualmente en la fase VII (2019-2024). Su objetivo principal es la promoción del papel de los gobiernos locales en el desarrollo de la salud y el bienestar de la sociedad con un enfoque de salud en todas las políticas y de participación comunitaria (6). En el contexto nacional, existen iniciativas como el proyecto *Salut als Barris* que se desarrolla desde 2007 en Barcelona por la Agencia de Salud Pública de la misma ciudad (7) o la estrategia de *Desarrollo de Acción Local en Salud de Andalucía* (8) comparten el mismo enfoque.

Además de la perspectiva local, un eje vertebrador de estas intervenciones es la participación comunitaria al considerarse que existen pruebas suficientes de los beneficios que aporta a la hora de promocionar la salud de la comunidad. Un metaanálisis que incluye 131 estudios mostró que, a pesar de que no se conocen a fondo los resultados a largo plazo, ni cuál es el mejor marco metodológico, hay evidencia sólida de que la participación comunitaria tiene un impacto positivo en los comportamientos y resultados en salud y en el apoyo social percibido por las personas (9, 10, 11).

El proyecto *Salud en Red en los Barrios* se conceptualiza dentro del modelo propuesto a nivel nacional por la Guía de Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (12) y a nivel autonómico, se enmarca en las líneas estratégicas del Plan de Salud de Aragón 2030 (13) y en la Estrategia de Atención Comunitaria del Gobierno de Aragón (14).

Diversos autores hacen referencia a la necesidad de crear un marco conceptual o teoría del cambio previo al desarrollo de proyectos de participación comunitaria (9). La teoría del cambio es una herramienta útil para facilitar tanto la planificación como la evaluación de las intervenciones de promoción de salud y constituye una representación visual donde se identifican los diferentes componentes del proyecto (15). Patricia Roger (16) defiende su utilización para la evaluación de impacto con el objetivo de orientar la recopilación, análisis y divulgación de los datos. La propuesta utilizada en Zaragoza es la siguiente; con la representación de las estrategias de ejecución y el marco conceptual y sus productos (efectos inmediatos de las actividades de un programa o política), resultados (efectos a corto-medio plazo probables) e impactos (efectos a largo plazo, producidos directa o indirectamente de la intervención desarrollada).

Figura 1. Teoría del cambio del proyecto Salud en Red en los Barrios.



Fuente: elaboración propia

El proyecto de Zaragoza se inició con la creación de un grupo impulsor y de los grupos motores en cada barrio para su desarrollo local. Estos se encargaron del análisis y diagnóstico comunitario, de la detección de las necesidades y de la identificación de los principales recursos del barrio para el desarrollo de sinergias con el resto de los componentes de la *Red de Salud de barrio*. Esta Red está integrada por servicios y entidades diferentes tanto del sector público, privado y tercer sector que buscan mejorar la salud y el bienestar de las personas.

La finalidad del proyecto es que cada barrio genere sus propias intervenciones y sinergias, adaptadas al contexto y características demográficas y socioeconómicas del mismo, con los recursos comunitarios disponibles, potenciando la colaboración entre servicios sociales, sanitarios, educativos y el tejido asociativo del barrio. Concretamente, los objetivos se definieron como sigue (1):

1. Abordar los principales determinantes de salud de los diferentes grupos de población desde un enfoque que tenga en cuenta el ciclo vital, el apoyo y la resiliencia en las transiciones vitales (infancia, adolescencia, migración y envejecimiento) y la promoción de entornos saludables reduciendo las desigualdades en salud.
2. Potenciar la orientación comunitaria y el trabajo en red entre los servicios públicos para mejorar la salud y el bienestar de la población que atiende un territorio.
3. Crear redes de salud de barrio como sistema para potenciar la salud comunitaria, promoviendo la visibilización y potenciación de los activos para la salud y favoreciendo la participación comunitaria en los diferentes barrios de Zaragoza.

El proyecto comenzó como prueba piloto en su primer año de duración entre los años 2018-19 y su evaluación será útil para conocer los resultados obtenidos previamente a su extensión a otros barrios de Zaragoza para el año 2020.

La evaluación es una fase imprescindible en el diseño e implementación de cualquier plan, programa o intervención y cierra el ciclo de la planificación en Salud Pública y Promoción de la Salud. Sin embargo, es todavía una asignatura pendiente en muchas de las acciones comunitarias que se desarrollan. Algunas de las razones que explican la falta de evaluación son la dificultad inherente en el análisis de los fenómenos sociales, estando los procesos y sus efectos íntimamente relacionados, lo que dificulta la demostración de relación causal o las limitaciones metodológicas, como en la elaboración de indicadores que nos permitan obtener datos de manera cuantitativa (17, 18, 19).

A nivel metodológico, la experiencia existente ha sido diversa en cuanto a los tipos de evaluación y los métodos empleados. Destacan algunos proyectos con grandes tamaños muestrales de tipo cuasi-experimental, como ensayos comunitarios con evaluación de indicadores de resultado pre y post intervención y la comparación con grupos control. Por ejemplo, a nivel internacional, en la ciudad de Róterdam en Holanda, se realizaron intervenciones comunitarias en población juvenil en tres barrios de la ciudad con el objetivo de disminuir las desigualdades en salud. Para su evaluación, se compararon los indicadores entre los barrios intervención y tres barrios seleccionados como grupos controles. Los indicadores de tipo intermedio y finales cuantitativos y cualitativos fueron obtenidos mediante cuestionarios online, grupos focales y el análisis de información recogida a los técnicos, líderes comunitarios y jóvenes que participaron en el proyecto (2).

El proyecto *Ciudades Saludables* ha desarrollado diversas evaluaciones a lo largo de su recorrido de 30 años, utilizando indicadores pre y post intervención y sin utilizar grupo control. La última evaluación realizada (20), recogió información cualitativa mediante encuestas y cuantitativa mediante cuestionarios complementándola con la documentación generada durante el proceso.

En nuestro país, la estrategia *Salut als barris* en Barcelona, tras un recorrido de 12 años realizó la evaluación global a partir de un estudio con diseño cuasiexperimental, con evaluación pre y post intervención. Para dicha comparación, se utilizó la Encuesta de Salud de Barcelona entre los años 2001 y 2011, lo que consideraron como indicadores de resultado. Además evaluaron la satisfacción de los participantes mediante cuestionarios autoadministrados (19).

Respecto a las evaluaciones con indicadores de proceso, el proyecto de *Redes Locales en Salud de Andalucía* está utilizando la guía que ha desarrollado la Junta de la misma comunidad mediante la metodología RELAS, donde se proponen dos tipos de evaluación. En primer lugar, una autoevaluación intermedia del proceso mediante cuestionarios y la elaboración de un cuadro de indicadores para realizar una medición periódica; y una evaluación final, con la realización de un informe con información cuantitativa y cualitativa que se elabora a partir de los resultados de evaluaciones intermedias, el grado de consecución de objetivos y de participación y las expectativas alcanzadas por la ciudadanía (8).

Podría decirse que no existe un estándar único de evaluación que se ajuste a todos los proyectos, pero diversos autores consideran que es necesario que en intervenciones que incluyen elementos de participación comunitaria se evalúen los resultados a largo plazo, los beneficios indirectos, la evaluación del proceso y se desarrollen informes de costes y recursos, ya que son aspectos que no se tienen en cuenta en la mayoría de las evaluaciones que se realizan (9). Así mismo, se insta al uso de metodologías mixtas que recojan información de tipo cuantitativo y cualitativo con técnicas participativas para que la evaluación se ajuste a la realidad del contexto (18).

Justificación

El proyecto *Salud en Red en los Barrios* puede ser una buena estrategia de promoción de salud comunitaria para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en los tres barrios. Con la creación de la denominada *Red de Salud de barrio* se pretende potenciar la orientación comunitaria, el trabajo en red y la participación comunitaria.

Tras un año de puesta en marcha como proyecto piloto parece oportuno plantear la evaluación de su desarrollo. Dado que en la planificación inicial no se había detallado, este trabajo aportará el diseño de evaluación de la intervención. Con ello será posible analizar el proceso, realizar una devolución de los resultados a los participantes y justificar la continuidad y pertinencia del proyecto. Además, con los resultados de la evaluación se podrán perfeccionar el diseño e implementación en su extensión al resto de barrios de Zaragoza.

Objetivos:

- Objetivo general:
 - Evaluar el proyecto Salud en Red en los Barrios en su fase inicial.
- Objetivos específicos:
 - Valorar el análisis de los determinantes de salud de los barrios en los que se ha realizado el proyecto.
 - Valorar la priorización de las necesidades realizada en cada barrio.
 - Evaluar el grado de colaboración y la equidad de las actuaciones planteadas a partir del desarrollo del proyecto.
 - Evaluar la orientación comunitaria y la creación de las *Redes de salud de barrio* en el desarrollo del proyecto.
 - Analizar la dinamización y potenciación de los activos de salud que se ha producido a partir del proyecto.

Metodología

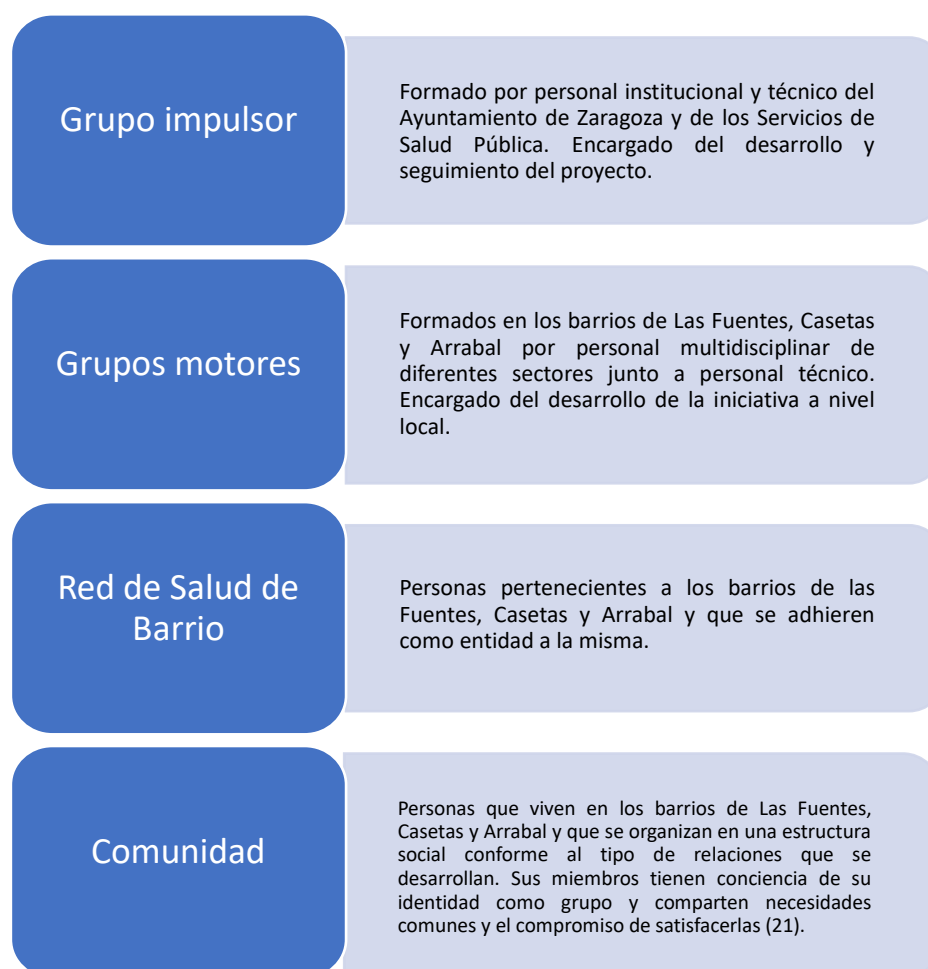
1. Tipo de estudio/diseño:

Estudio de evaluación de una intervención piloto de salud comunitaria con obtención de datos durante y después de la intervención. Se trata de una evaluación con indicadores de proceso y resultado con metodología mixta cuanti-cualitativa. La información se recogió mediante cuestionarios, uso de herramientas de evaluación y a partir del análisis documental generado durante el proceso.

2. Población:

Dentro del proyecto se establecieron cuatro categorías de participación: integrantes del grupo impulsor, del grupo motor, de la *Red de Salud* en cada barrio y la comunidad.

Figura 2. Población a estudio. Fuente: elaboración propia.



3. Diseño de la evaluación:

Para el diseño metodológico de la evaluación, se revisaron diversas guías (22, 23, 24) y finalmente se decidió crear una matriz de evaluación según el enfoque AEVAL propuesto por la Agencia de Evaluación y Calidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (17) que integra los siguientes componentes:

Figura 3. Elementos de la matriz de evaluación según la metodología AEVAL.



Fuente: elaboración propia.

- **Componentes de la evaluación:** aspectos abordados en la evaluación que se corresponden con los objetivos específicos del trabajo.
- **Preguntas y subpreguntas de evaluación:** las preguntas se elaboraron a partir de los objetivos iniciales del proyecto *Salud en Red en los Barrios*, se utilizan con el objeto de articular y enfocar la evaluación para responder a las necesidades de información. Las subpreguntas detallan o particularizan distintos aspectos de la pregunta con el objetivo de facilitar el desarrollo de indicadores de evaluación.
- **Criterios de evaluación:** sirven como referencia para crear la estructura de las cuestiones a las que la evaluación va a dar respuesta. Los criterios de evaluación seleccionados para la matriz fueron:

- Coherencia interna: relación que debe existir entre los objetivos planteados en la intervención y el conjunto de medidas diseñadas e implementadas.
- Pertinencia: grado en que el conjunto de las medidas que componen la intervención está orientadas a resolver la necesidad o problemática existente en el contexto en el que ésta se produce.
- Participación: el papel de los actores, tanto en el diseño de las medidas como en su implementación y posterior seguimiento.
- Equidad: grado en que las intervenciones públicas siguen criterios distributivos equitativos y no discriminatorios, según las necesidades y situación objetiva en que se encuentran tanto los destinatarios o grupos a los que va dirigida la intervención, como aquellos que puedan resultar afectados.
- Implementación: modo o forma en que se ha implementado o puesto en práctica una política o programa, se centra en el análisis de las estructuras, procesos, actividades y lógicas desarrolladas para la obtención de unos determinados resultados.
- Efectividad: medida en que el problema, demanda o necesidad que motivó la intervención ha sido resuelto, también hace referencia al grado en que se alcanzaron los objetivos establecidos en la intervención.
- **Indicadores**: herramientas utilizadas para clarificar y definir de forma precisa objetivos e impactos.
- **Fuentes de verificación**: documentación desarrollada durante el proyecto que se utiliza como fuentes de información.
 - ✓ Informes de Salud Comunitaria de cada barrio: incluyen información cuantitativa mediante indicadores estadísticos sobre los determinantes de salud e información cualitativa sobre las necesidades del barrio y sus recursos aportada por los integrantes del grupo motor y la *Red de Salud de Barrio*. Los técnicos de Salud Pública decidieron utilizar una clasificación de las necesidades detectadas en: estilos de vida, transiciones vitales y entornos saludables. Los informes estuvieron disponibles durante todo el proyecto, creando un cuestionario online para recibir aportaciones de los participantes y actualizándolo periódicamente.
 - ✓ Actas de reuniones del grupo impulsor y de los grupos motores: elaboradas por personal técnico y generadas durante las reuniones desarrolladas.
 - ✓ Memorias del grupo de trabajo de barrio en las Jornadas de presentación del proyecto del 3 de octubre de 2018: elaboradas por personal técnico y donde se recogían las propuestas de los grupos de trabajo de Las Fuentes, Casetas y Arrabal.

- ✓ Memorias de los Encuentros de la Red de Salud de Las Fuentes, Casetas y Arrabal: elaboradas por personal técnico tras las Jornadas realizadas en cada barrio, donde se recogían las necesidades priorizadas por el grupo motor y la *Red de Salud de barrio*, la puesta en común de actividades y recursos para su abordaje y la creación de sinergias.
 - ✓ Memoria de los grupos de trabajo en el Encuentro de *Redes de Salud de Barrio*: elaboradas por personal técnico, donde se trabajó por grupos para profundizar en la evaluación del proceso y el desarrollo de sinergias y colaboraciones.
 - ✓ Contrato de adhesión a la *Red de barrio*: documento donde los interesados en integrarse en la *Red de Salud de barrio* se comprometen a cumplir los valores del proyecto.
- **Herramientas de evaluación:** posibilitan la construcción de indicadores y la realización del análisis de los datos.

✓ Cuestionario sobre la *Red de Salud de barrio* (Anexo 2):

Se elaboró un cuestionario ad-hoc que se administró a los asistentes a la Jornada de Encuentro de las *Redes de Salud de Barrio* realizada el día 18 de junio de 2019. Administrado por personal técnico del grupo impulsor a personas pertenecientes al grupo motor y a la *Red de Salud del barrio*. También se elaboró en formato online y se envió a las personas que no asistieron. El cuestionario constaba de un total de 15 preguntas, que incluían opciones con respuestas múltiples, dicotómicas (sí/no) y libres para la obtención de información cualitativa. El cuestionario se estructuró en:

1. Información personal y de su entidad.
2. Identificación de las actuaciones existentes en el barrio.
3. Colaboración y participación en el barrio.
4. Orientación comunitaria y trabajo en red de la entidad.
5. Activos para la salud.
6. Red de Salud de Barrio.

Los resultados obtenidos en el cuestionario aportaron información para los indicadores de proceso y resultado.

✓ Herramienta de evaluación de la equidad (25):

Herramienta desarrollada por el Observatorio de Salud de Asturias para la autoevaluación cuantitativa del grado de equidad de proyectos e intervenciones comunitarias. La

herramienta fue administrada por personal técnico perteneciente a cada grupo motor una vez terminada la fase piloto del proyecto en el mes de agosto. La herramienta evalúa tres ámbitos:

1. *Grupo de trabajo*: hace referencia al grado de participación en el espacio de trabajo de cada grupo de la comunidad según los diferentes ejes de desigualdad. Se puntúa con escala tipo Likert: 0 (nada), 1 (información), 2 (consulta), 3 (colaboración puntual), 4 (discusión) y 5 (toma de decisiones).

2. *Diagnóstico comunitario*: en qué medida se tiene en cuenta las necesidades específicas que afectan a los diferentes grupos de la comunidad según los ejes de desigualdad. Se puntúa con escala tipo Likert: 0 (nada), 1 (muy poco), 2 (poco), 3 (lo mismo que otros), 4 (considerablemente) y 5 (especialmente).

3. *Actuaciones realizadas*: en qué medida se desarrollan intervenciones que afecten a los grupos de la comunidad según los ejes de desigualdad. Se puntúa con escala tipo Likert: 0 (nada), 1 (muy poco), 2 (poco), 3 (lo mismo que otros), 4 (considerablemente) y 5 (especialmente).

Los ejes de desigualdad contemplados en la herramienta son los siguientes:

Tabla 1. Ejes de desigualdad de la herramienta de evaluación de la equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

Ejes de desigualdad	
Clase social	Personas con bajos ingresos, bajo nivel educativo o bajo nivel socioeconómico.
Género	Mujeres.
Edad	Valorar en qué medida hay representación de diferentes grupos de edad.
Etnia/cultura	Minorías étnicas o culturales presentes en la comunidad.
Territorio	Personas con algún tipo de aislamiento geográfico, urbanístico o arquitectónico de la comunidad.
Diversidad funcional	Personas con discapacidad física, intelectual o problemas de salud mental.
Orientación/identidad sexual	Personas con orientación o identidad sexual minoritarias.
Ideología/creencias	Personas con creencias o ideologías minoritarias presentes en la comunidad.

Fuente: elaboración propia.

Dentro de los estos tres ámbitos, se valoran el grado de inclusión de cada eje y el nivel de coherencia global, obteniendo una puntuación del 0 al 10, en cada caso:

- Inclusión: hace referencia a si se tiene en cuenta cada eje de desigualdad de forma global en los tres niveles de evaluación.

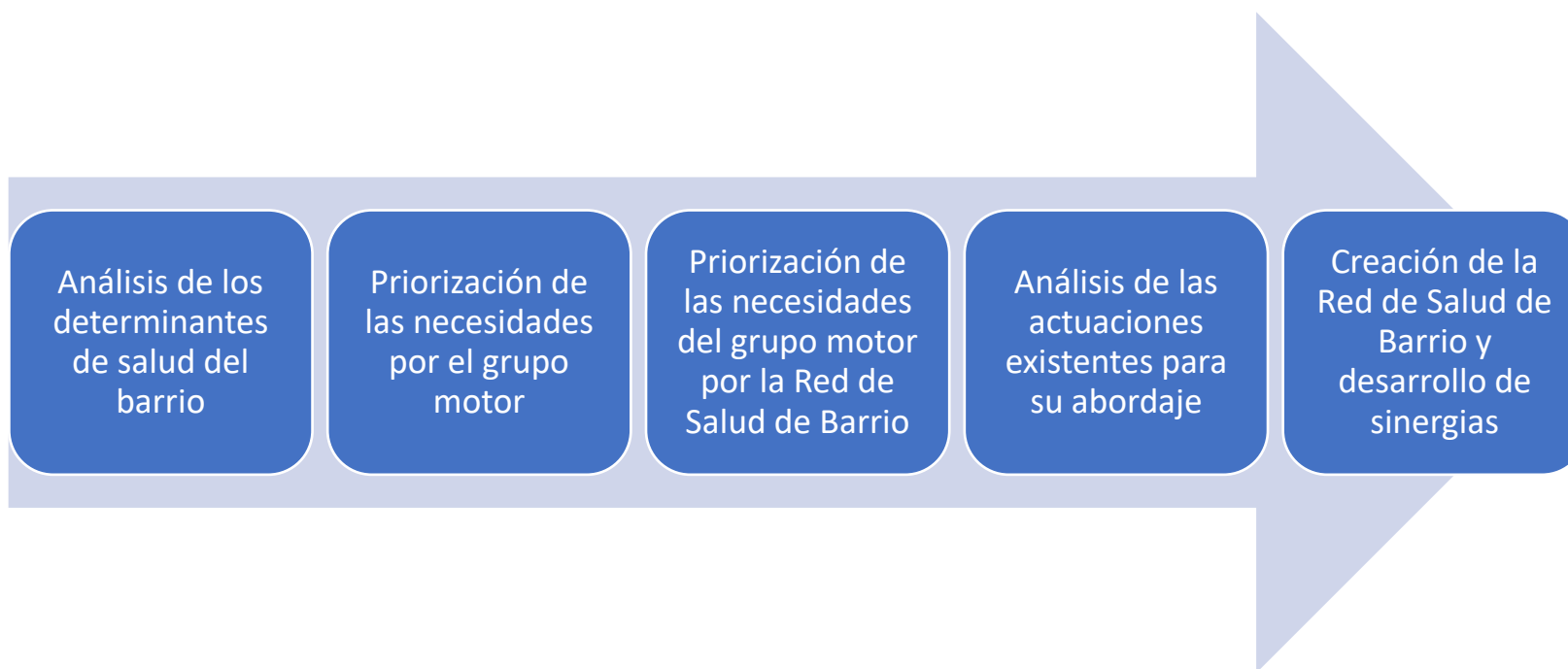
- Baja (1-5): tu intervención puede estar muy centrada en torno a un único eje, por lo que el resultado global muestra que al priorizarlo estás dejando descubiertos de forma consciente los demás. También puede ocurrir que no estés incluyendo ninguno de ellos de forma suficiente.
 - Media (5-7): tu intervención prioriza conscientemente 2-3 ejes frente al resto. También puede ocurrir que los incluyas más o menos de forma similar, pero sin profundizar en ninguno en particular. En este caso, te sugerimos que replantees tus priorizaciones.
 - Alta (7-10): tu intervención tiene un grado notable de inclusión de la mayoría de los ejes. Puedes analizar en particular aquellos en los que tengas una mayor prioridad.
- Coherencia: evalúa el grado de coincidencia entre los tres ámbitos de evaluación
- Baja (1-5): existe poca coherencia en general entre los niveles de trabajo en tu intervención. Te sugerimos que estudies en detalle esa coherencia, fundamentalmente en tus ejes prioritarios.
 - Media (5-7): tu intervención prioriza especialmente uno o dos ejes en los que hay una coherencia adecuada entre niveles de trabajo, aunque desatienda los demás. También puede ocurrir que la coherencia no sea muy alta en ningún eje, en cuyo caso te sugerimos que replantees los niveles de trabajo en tus ejes prioritarios.
 - Alta (7-10): tu intervención tiene un grado notable de coherencia general entre niveles de trabajo para casi todos los ejes. Estudia si se corresponde con una alta inclusión de tus ejes prioritarios.

✓ Sociogramas:

Herramienta desarrollada por la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria del Instituto de Políticas Públicas y la Universidad Autónoma de Barcelona (26) y elaborados una vez finalizado el proyecto piloto durante el mes de agosto por personal técnico perteneciente a los grupos motores y al grupo impulsor. Se trata de una representación gráfica de las relaciones de los actores del territorio en relación con la acción comunitaria que se desarrolla. Se obtiene una representación donde se puede observar los integrantes del grupo y las relaciones entre los componentes de los mismos.

Fases de desarrollo y matriz de evaluación del proyecto

Figura 4. Fases del desarrollo del proyecto Salud en Red en los Barrios (2018-19). (Anexo 3)



Fuente: elaboración propia

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO *SALUD EN RED EN LOS BARRIOS*

Componentes de la evaluación	Preguntas y subpreguntas de evaluación	Criterios	Indicadores	Fuentes y herramientas de verificación	Población
A. Análisis de los determinantes de salud del barrio y priorización de las necesidades por el grupo motor	<p>¿Se realiza un análisis de los determinantes de salud del barrio y una priorización de las necesidades por el grupo motor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué determinantes de salud se reconocen?</i> • <i>¿Qué tipo de necesidades se priorizaron?</i> • <i>¿Cuáles fueron los criterios de priorización?</i> 	<p>Coherencia interna</p> <p>Pertinencia</p>	<p>1. Análisis de los determinantes de salud si/no y tipos de determinantes analizados</p> <p>2. Tipo de necesidades priorizadas por el grupo motor y criterios de priorización</p>	<p>Informes de salud comunitaria</p> <p>Actas de las reuniones de los grupos motores</p>	<p>Integrantes de los grupos motores</p> <p>Comunidad</p>

B. Priorización de necesidades por la Red de Salud de Barrio	<p>¿Se realiza una priorización de las necesidades identificadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué método de priorización se utiliza?</i> • <i>¿Es un método participativo?</i> • <i>¿Hay acuerdo respecto a la priorización de necesidades?</i> 	<p>Participación</p>	<p>3. Número de participantes en las jornadas de priorización y perfiles</p> <p>4. Método de priorización utilizado si/no y tipo de método</p> <p>5. Número de votos que obtiene cada propuesta en la priorización de necesidades</p>	<p>Informes de salud comunitaria</p> <p>Memoria del Encuentro de la Red de Salud</p>	<p>Integrantes de los grupos motores</p> <p>Integrantes de la Red de salud de barrio</p>
C. Análisis de las actuaciones para el abordaje de las necesidades priorizadas	<p>¿Cómo se plantearon las actuaciones para el abordaje de las necesidades priorizadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué método de socialización se utiliza?</i> • <i>¿Se desarrollan sinergias y de que tipo?</i> 	<p>Coherencia interna</p> <p>Pertinencia</p>	<p>6. Método de socialización</p> <p>7. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre si se ha conocido nuevas entidades, recursos o actividades y el desarrollo de sinergias tras la puesta en marcha del proyecto respecto al total de respuestas</p> <p>8. Recogida de nuevas propuestas de sinergias y grupos de trabajo</p>	<p>Informes de salud comunitaria</p> <p>Memoria del Encuentro de la Red de Salud</p> <p>Cuestionario de evaluación de la Red de salud de barrio</p> <p>Memoria de los grupos de trabajo del Encuentro de Redes de Salud de barrio</p>	<p>Integrantes de la Red de salud de barrio</p> <p>Integrantes del grupo motor</p>

D. Evaluación de la equidad del proyecto	<p>¿El proyecto es equitativo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Se abordan todos los ejes de desigualdad?</i> 	<p>Equidad</p>	<p>9. Gráfico radial sobre los ejes de desigualdad en los niveles de evaluación y puntuación numérica sobre inclusión y coherencia</p>	<p>Herramienta de evaluación de la equidad del Observatorio de Salud de Asturias</p>	<p>Integrantes de los grupos motores Integrantes de la <i>Red de salud de barrio</i></p>
E. Evaluación de la orientación comunitaria y el trabajo en red	<p>¿Existen estructuras de coordinación en las entidades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué tipo de estructuras?</i> <p>¿Existe un documento compartido de orientación comunitaria en cada servicio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué tipo de documento?</i> 	<p>Implementación</p>	<p>10. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre la existencia de cauces y estructuras de coordinación y de documentos compartidos de orientación comunitaria en las entidades respecto al total de respuestas.</p> <p>11. Tipología de las estructuras y documentos</p>	<p>Cuestionario de evaluación de la <i>Red de salud de barrio</i></p>	<p>Integrantes de la <i>Red de salud de barrio</i></p>

	<p>¿Se desarrollan actuaciones comunitarias en las entidades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de actividades se desarrollan? 	Implementación	12. Número de entidades y actividades comunitarias que se desarrollan y tipología	Informes de salud comunitaria	Integrantes de la <i>Red de salud de barrio</i>
	<p>¿Existen cauces de participación comunitaria para los usuarios en las entidades?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipos de cauces existen? <p>¿La Red de Salud ha potenciado la participación comunitaria?</p>	Participación	<p>13. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre la existencia de cauces de participación comunitaria para los usuarios en las entidades y sobre si la Red de Salud de barrio ha potenciado la participación comunitaria respecto al total de respuestas</p> <p>14. Tipología de los cauces de participación</p>	Cuestionario de evaluación de la <i>Red de salud de barrio</i>	Integrantes de la <i>Red de salud de barrio</i>

F. Redes de Salud de Barrio	<p>¿Se crea un grupo impulsor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cuál es la composición del grupo impulsor?</i> • <i>¿Cuál es el grado de interacción y trabajo en red?</i> 	Implementación Participación	<p>15. Número de integrantes del grupo impulsor, perfiles y número de reuniones realizadas</p> <p>16. Análisis de las interacciones</p>	<p>Actas de reuniones del grupo impulsor</p> <p>Sociogramas</p>	Integrantes del grupo impulsor
	<p>¿Se crea un grupo motor en cada barrio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cuál es la composición del grupo motor?</i> • <i>¿Cuál es el grado de interacción y trabajo en red?</i> 	Implementación Participación	<p>17. Número de integrantes del grupo motor, perfiles y número de reuniones realizadas</p> <p>18. Análisis de las interacciones</p>	<p>Informes de salud comunitaria</p> <p>Actas de las reuniones del grupo motor</p> <p>Sociogramas</p>	Integrantes de los grupos motores
	<p>¿Se crea la Red de Salud de Barrio?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cuál es su composición y tipología de entidades formadoras de la red de salud?</i> 	Implementación	19. Número de integrantes en la red y perfil	Contrato de adhesión a la <i>Red de barrio</i>	Integrantes de la <i>Red de salud de barrio</i>

G. Activos para la salud	<p>¿Se desarrollan los activos para la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Hay un método de visibilización de activos para la salud?</i> • <i>¿Existe interacción entre las entidades del barrio para fomentar el uso de los activos de salud?</i> 	<p>Efectividad</p>	<p>20. Tipología de los métodos de comunicación y difusión de activos para la salud</p> <p>21. Porcentaje de respuestas positivas sobre si existe interacción entre las entidades del barrio para potenciar y fomentar el uso de los activos para la salud</p>	<p>Cuestionario de evaluación de la <i>Red de salud de barrio</i></p>	<p>Integrantes de la <i>Red de salud de barrio</i></p>
---------------------------------	--	--------------------	--	---	--

4. Análisis de la información

Los datos cuantitativos se presentan como frecuencias y porcentajes. Para la información cualitativa se ha realizado un análisis del contenido que ha consistido en cuantificar, sintetizar e interpretar la información registrada en los documentos.

5. Cuestiones éticas

Los participantes en el proyecto fueron conocedores de la evaluación del mismo y el uso de datos para esta finalidad. Al inicio del trabajo se expuso el diseño de evaluación en una jornada y se devolvió parte de los resultados ya obtenidos a los participantes.

Resultados

A continuación, se describen los principales resultados obtenidos tras el análisis de las fuentes de verificación y el uso de las herramientas propuestas en el diseño. Los resultados se estructuraron siguiendo los componentes de la evaluación basados en los objetivos específicos del trabajo y los indicadores descritos en la matriz.

A. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD DEL BARRIO Y PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES POR EL GRUPO MOTOR

1. Análisis de los determinantes de salud y tipos de determinantes analizados

Al inicio del proyecto se realizó un análisis de los determinantes de salud de cada barrio. El apoyo técnico encargado de la elaboración de los informes seleccionó aquellos determinantes que aportaban más información y permitían conocer de manera sintetizada la situación. Los determinantes recogidos fueron los mismos para los tres barrios, seleccionados de la Guía Metodológica para el Abordaje de la Salud desde una Perspectiva Comunitaria (22), los determinantes analizados fueron:

- Agentes comunitarios: representantes de organismos, servicios y entidades públicas, representantes de asociaciones, grupos y/o colectivos de la comunidad.
- Características demográficas: distribución poblacional por grupos de edad y sexo, historia demográfica de la comunidad (composición de la población e inmigración) y asociacionismo local.
- Características socioeconómicas: porcentaje de desempleo y nivel de instrucción.
- Estado de salud de la comunidad: indicadores sanitarios de morbilidad y mortalidad e índice de privación.

2. Tipos de necesidades priorizadas por el grupo motor y criterios de priorización

A partir del informe de los determinantes de salud se realizó un análisis de las necesidades de la comunidad por parte de los grupos motores. Desde Salud Pública se indicó que este análisis se realizaría entorno a tres categorías: determinantes de salud, transiciones vitales y entornos.

Las Fuentes y Casetas priorizaron una necesidad dentro de cada categoría. En el caso de Arrabal, por falta de consenso, el grupo motor seleccionó varias necesidades para cada categoría.

Los criterios de priorización fueron seleccionados por el grupo impulsor, siendo: magnitud y gravedad del problema y eficacia y factibilidad de las soluciones. Los resultados obtenidos se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Necesidades priorizadas por los grupos motores.

Necesidades priorizadas			
Categorías	Las Fuentes	Casetas	Arrabal
Determinantes de salud	Hábitos saludables	Hábitos saludables	Alimentación y actividad física, consumo de sustancias y pantallas, bienestar emocional y equidad de género
Transiciones vitales	Cultura del cuidado/autocuidado	Equidad de género	Envejecimiento activo y prevención de la soledad, parentalidad positiva, final de la vida, cultura del cuidado e inmigración
Entornos	Condiciones de las zonas comunes	Entorno saludable	Espacios comunes abiertos, espacios comunes cerrados, coordinación a recursos y acceso a recursos
N ° total	3	3	13

Fuente: elaboración propia.

B. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES POR LA RED DE SALUD DE BARRIO

3. Número de participantes y perfiles en el encuentro de la *Red de Salud de Barrio*

En los resultados que se muestran en la tabla 3, Arrabal fue el barrio con una participación más numerosa en cuanto al número de asistentes y entidades, coincidiendo las jornadas con la celebración de las fiestas locales y realizando su difusión en el periódico del barrio. Casetas fue el barrio con menor número de asistentes y entidades. En los tres barrios participaron entidades educativas, sanitarias, sociales y asociaciones. En Arrabal participaron también servicios municipales que trabajan en la ciudad, ya que su sede se encontraba en el barrio.

Tabla 3. Número de asistentes, entidades y tipología.

	Las Fuentes	Casetas	Arrabal
Número de asistentes	42	23	48
Número de entidades	22	12	23
Tipología de las entidades	4 educativas 6 sanitarios 7 sociales 5 asociaciones	2 educativas 1 sanitaria 6 sociales 3 asociaciones	3 educativas 2 sanitarias 5 sociales 7 asociaciones 2 servicios municipales 4 otras

Fuente: elaboración propia

4. Método de priorización de necesidades utilizado en las Jornadas de la *Red de Salud de barrio*

En Las Fuentes y Casetas, se realizó una priorización de necesidades independiente de la realizada por los grupos motores. En la jornada de Arrabal, se priorizaron las necesidades seleccionadas por el grupo motor.

Los métodos de priorización fueron diferentes en cada barrio. En las Fuentes se realizó mediante un programa informático, donde se recogían los votos de cada asistente. En Casetas, con menor número de asistentes, se realizó una votación individual a mano alzada. En Arrabal, se utilizó un barómetro graduado del 1 (poco relevante) al 10 (muy relevante).

5. Número de votos que obtiene cada necesidad identificada en la priorización de las jornadas

Desde Salud Pública se decidió limitar el número de necesidades abordadas en función del número de asistentes a las jornadas.

En Las Fuentes (tabla 4) se priorizó una por cada categoría. En Casetas (tabla 5), los asistentes a las jornadas priorizaron una necesidad de entre las tres categorías y fue la perteneciente a estilos de vida; hábitos saludables, destacando la alimentación, higiene personal y convivencia. Puesto que esta misma coincidía con una de las priorizada por el grupo motor, se trabajaron las seleccionadas inicialmente por el grupo motor.

Los resultados para Arrabal (tabla 6) muestran la suma de puntuaciones que cada participante (de los 48 asistentes) otorgó en el encuentro a cada una de las necesidades que habían sido priorizadas previamente por el grupo motor.

Tabla 4. Resultado de la priorización de necesidades en Las Fuentes.

Las Fuentes	Número de necesidades identificadas en el informe	Necesidades priorizadas por el grupo motor	Necesidades priorizadas por los asistentes	Número de votos en las jornadas (n=29)
Determinantes de salud	18	1 Hábitos saludables	1 Bienestar emocional	4
Transiciones vitales	13	1 Cultura del cuidado	1 Soledad	7
Entornos	8	1 Zonas comunes	1 Vivienda	11

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Resultado de la priorización de necesidades en Casetas.

Casetas	Número de necesidades identificadas en el informe	Necesidades priorizadas por el grupo motor	Necesidades priorizadas por los asistentes	Número de votos en las jornadas (n=18)
Determinantes de salud	7	1 Hábitos saludables	1 Hábitos saludables	7
Transiciones vitales	17	1 Equidad de género		
Entornos	7	1 Entornos saludables		

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Resultado de la priorización de necesidades en Arrabal.

Arrabal	Número de necesidades identificadas en el informe	Necesidades priorizadas por el grupo motor	Necesidades priorizadas por los asistentes	Suma de puntuaciones (0-10) de cada participante (n=48)
Determinantes de salud	11	4 <ul style="list-style-type: none"> Alimentación y actividad física Consumo de sustancias y pantallas Bienestar emocional Equidad de género. 	2 <ul style="list-style-type: none"> Consumo de sustancias y pantallas Bienestar emocional 	361 388
Transiciones vitales	11	5 <ul style="list-style-type: none"> Envejecimiento activo y prevención de la soledad Parentalidad positiva Final de la vida Cultura del cuidado Inmigración 	2 <ul style="list-style-type: none"> Envejecimiento activo y prevención de la soledad Parentalidad positiva 	359 379
Entornos	4	4 <ul style="list-style-type: none"> Espacios comunes abiertos Espacios comunes cerrados Coordinación de recursos Acceso a recursos 	2 <ul style="list-style-type: none"> Coordinación de recursos Acceso a recursos 	365 374

Fuente: elaboración propia

C. ANÁLISIS DE LAS ACTUACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS NECESIDADES PRIORIZADAS

6. Método de socialización de las actuaciones existentes

Para la puesta en común de las actuaciones existentes en el barrio para el abordaje de las necesidades priorizadas durante las jornadas, se utilizó el mismo método en los tres barrios. La dinámica Café del Mundo (Juanita Brown y David Isaacs, 2005) que propuso el grupo impulsor.

Esta herramienta involucra aleatoriamente a las personas en varias conversaciones grupales en las cuales el moderador presenta el tema a discutir y encauza las aportaciones. Se desarrolla en un ambiente similar a una cafetería, donde un grupo de personas se sientan en una mesa y dialogan sobre un tema concreto. Una vez finalizado el tiempo de dialogo, las personas se mueven hacia otras mesas para comenzar la siguiente ronda. Para finalizar, se presentan los resultados por parte del moderador de cada mesa para que todos conozcan los resultados obtenidos tras todas las intervenciones (27).

En la tabla 7, se recoge el número de mesas que se utilizaron en cada barrio y los temas que se abordaron. Algunos temas como hábitos y soledad se repiten, si bien, ningún tema coincidió en los tres barrios.

Tabla 7. Número de mesas y tema abordados en la socialización de actuaciones.

	Las Fuentes	Casetas	Arrabal
Número de mesas (Café del Mundo)	6	4	6
Temas abordados	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos saludables• Cultura del cuidado• Emociones• Soledad• Zonas Comunes• Condiciones de las viviendas	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos saludables• Equidad de género• Entornos saludables• Nuevas propuestas	<ul style="list-style-type: none">• Bienestar emocional• Parentalidad positiva• Acceso a recursos• Envejecimiento activo y soledad• Coordinación de recursos profesionales• Consumo de sustancias y pantallas.

Fuente: elaboración propia.

7. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre si se han conocido nuevas entidades, recursos y actividades y el desarrollo de sinergias tras la puesta en marcha del proyecto respecto al total de respuestas

Como se indica en la tabla 8, entre el 72 y el 93% de los encuestados refirieron haber conocido nuevas entidades, recursos y/o actividades. Porcentajes similares se observaron para el desarrollo de nuevas sinergias, salvo para el barrio de Arrabal en el que menos de la mitad de los asistentes respondieron afirmativamente (47,36%).

Tabla 8. Resultados del cuestionario.

	Conocimiento de nuevas entidades y recursos	Conocimiento de nuevas actividades	Desarrollo de nuevas propuestas de sinergias
Las Fuentes	81,25%	93,75%	75%
Casetas	90,9%	72,72%	81,81%
Arrabal	84,21%	84,21%	47,36%
Global	85,45%	83,56%	68%

Fuente: elaboración propia.

8. Recogida de nuevas propuestas de sinergias y grupos de trabajo

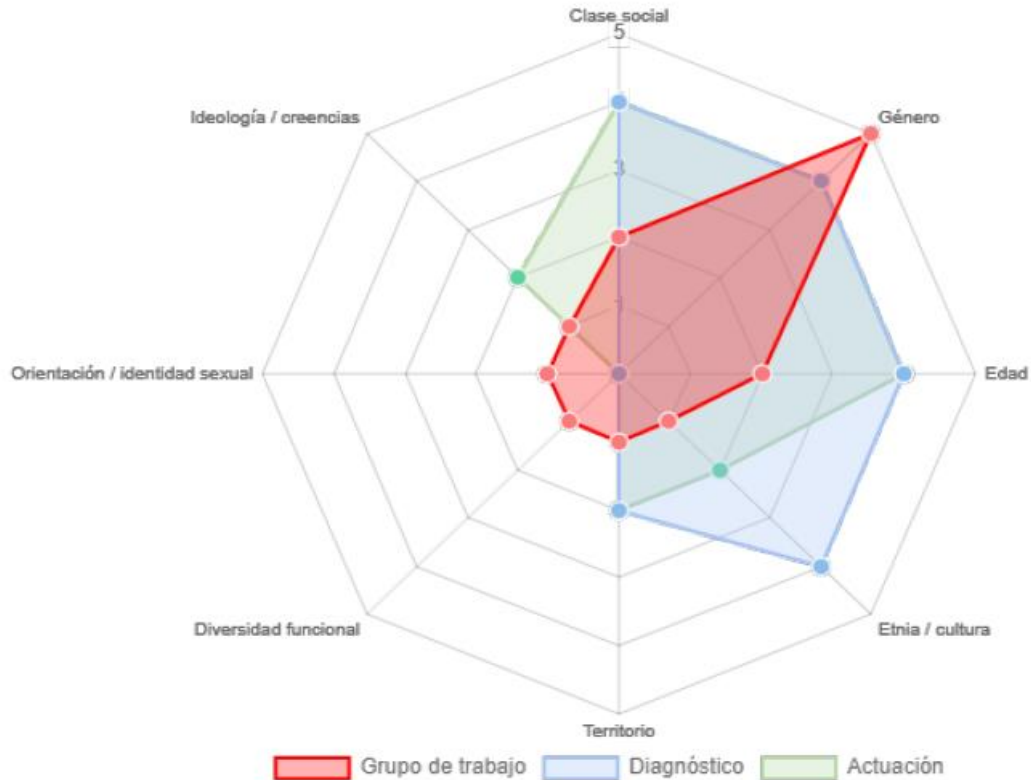
El desarrollo ha sido desigual en los diferentes barrios. En Casetas, se comenzó a trabajar en grupos entorno a las necesidades priorizadas, los grupos creados fueron Equidad de género, Estilos de vida y Entornos saludables, de este último surgió la iniciativa de realizar paseos cardiosaludables coordinados con las diferentes entidades del barrio. En Las Fuentes, el grupo motor seleccionó la necesidad bienestar emocional para trabajar conjuntamente sobre ello y no se crearon grupos. En Arrabal, se crearon dos grupos de trabajo a partir de las necesidades priorizadas de parentalidad positiva y envejecimiento activo y se inició un proceso de identificación y dinamización de activos para la salud centrados en estas dos necesidades.

D. EVALUACIÓN DE LA EQUITAD DEL PROYECTO

9. Gráfico radial sobre los ejes de desigualdad en los niveles de evaluación y puntuación numérica sobre inclusión y coherencia

En Las Fuentes, como se observa en el gráfico radial (gráfico 1), en el nivel *grupo de trabajo* correspondiente al grupo motor (color rojo), ha habido representación (participación) de todos los ejes, siendo el género el más representado, seguido de la clase social y la edad. En el nivel de *diagnóstico comunitario* (color azul), se han tenido en cuenta todos salvo identidad sexual y diversidad funcional, al igual que en el *nivel de actuación* (color verde), si bien en éste se incluyó el eje de creencias. En los resultados numéricos (tabla 8), se obtiene un nivel de inclusión medio (5,14), lo que indica que el proyecto prioriza conscientemente tres ejes frente al resto (clase social, género y edad). En el nivel de coherencia se obtiene un resultado alto (7,48), lo que indica un grado notable de coherencia general entre niveles de evaluación para los ejes priorizados, pese a que haya otros que solo se han tenido en cuenta en algún nivel o en ninguno.

Gráfico 1. Gráfico radial sobre los tres niveles de evaluación en Las Fuentes.



Fuente: elaboración propia a partir de la Herramienta de Equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

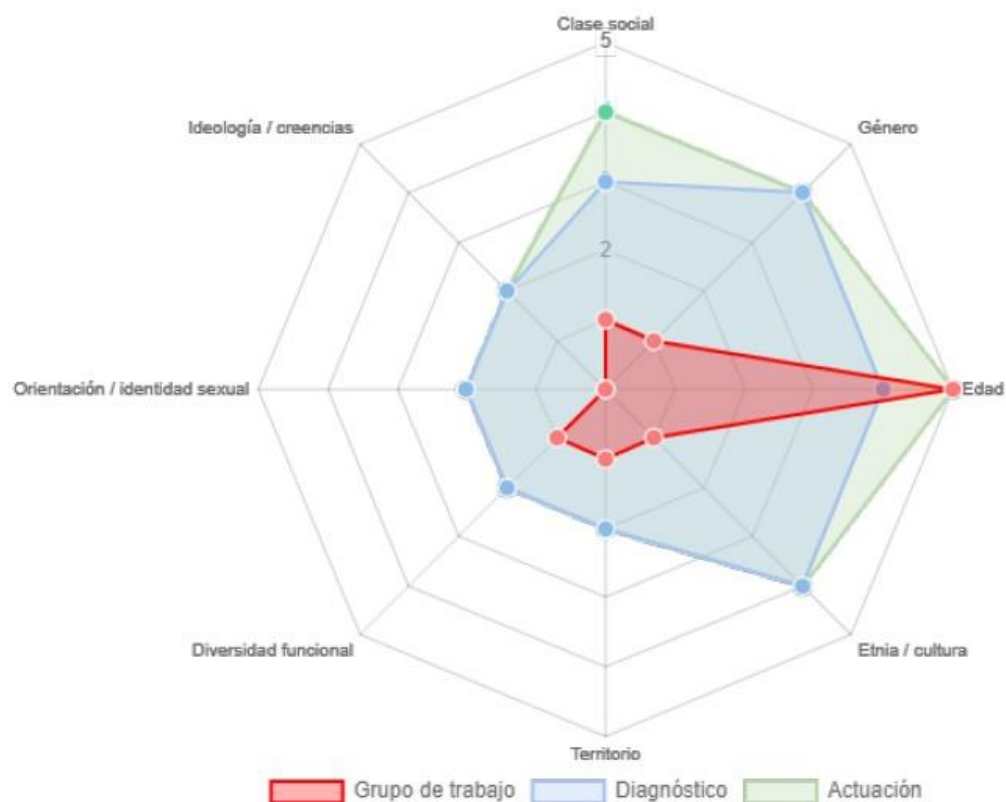
Tabla 8. Resultados numéricos sobre inclusión y coherencia en Las Fuentes.

	INCLUSIÓN	COHERENCIA
Clase social	7.22	6.74
Género	8.89	8.37
Edad	7.22	6.74
Etnia / cultura	5.56	5.68
Territorio	4.44	8.37
Diversidad funcional	2.22	8.37
Orientación / identidad sexual	2.22	8.37
Ideología / creencias	3.33	7.17
	5.14	7.48

Fuente: elaboración propia a partir de la Herramienta de Equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

En Casetas, respecto al gráfico radial (gráfico 2), podemos observar cómo el eje edad es el que tiene mayor representación en los tres niveles. En el nivel *grupo de trabajo* (color rojo), el eje con mayor puntuación es la edad, en cambio para los niveles de *actuaciones* y *diagnóstico comunitario* (colores azul y verde, respectivamente) se han tenido en cuenta otros ejes como la clase social, género, edad y etnia/cultura. Otros ejes como territorio, diversidad funcional, orientación/identidad sexual o ideologías/creencias se han tenido en cuenta en menor medida en los tres niveles de evaluación. En la puntuación numérica, el resultado obtenido en la inclusión ha sido medio (5,69), ya que se priorizan cuatro ejes respecto al resto (las puntuaciones más altas se observaron en el eje edad, seguido de género, clase social y etnia/cultura). El nivel de coherencia es medio (6,81), con una mayor coincidencia en los ejes priorizados en el *diagnóstico* y *actuaciones* y menor con el *grupo de trabajo*.

Gráfico 2. Gráfico radial sobre los tres niveles de evaluación en Casetas.



Fuente: elaboración propia a partir de la Herramienta de Equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

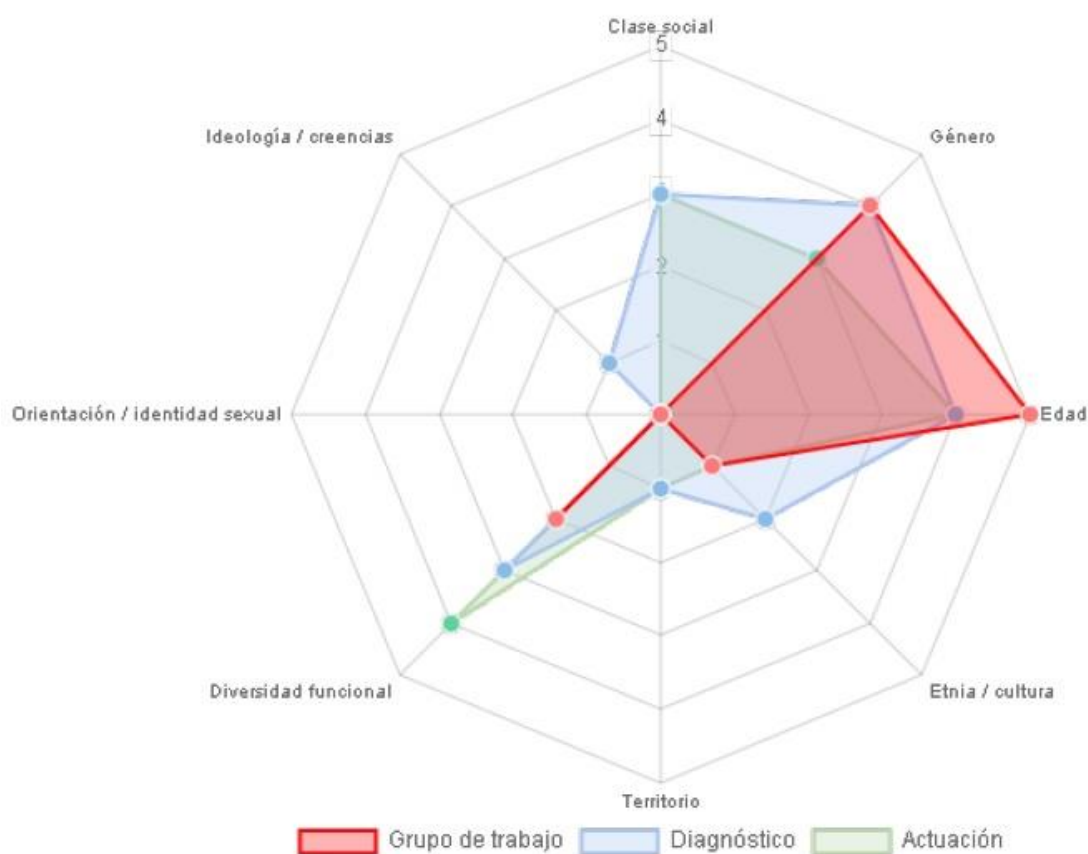
Tabla 10. Resultados numéricos sobre inclusión y coherencia en Casetas.

	INCLUSIÓN	COHERENCIA
Clase social	6.11	5.68
Género	6.67	5.11
Edad	9.44	8.37
Etnia / cultura	6.67	5.11
Territorio	4.44	8.37
Diversidad funcional	4.44	8.37
Orientación / identidad sexual	3.89	6.74
Ideología / creencias	3.89	6.74
	5.69	6.81

Fuente: elaboración propia a partir de la Herramienta de Equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

En Arrabal, el gráfico radial (gráfico 3) pone de manifiesto cómo el nivel *grupo de trabajo* (color rojo) ha tenido en cuenta principalmente los ejes de género, edad y diversidad funcional, mientras que en los niveles de *actuaciones* y *diagnóstico comunitario* (colores azul y verde, respectivamente) se han tenido en cuenta en mayor medida la clase social, género, edad y diversidad funcional. En las puntuaciones numéricas (tabla 11), el grado de inclusión es bajo (4,68) puesto que la puntuación obtenida en el eje edad es mayor respecto al resto, seguido de género y diversidad funcional y el grado de coherencia ha sido medio (6,77) ya que prioriza los mismos ejes para todos los niveles de evaluación.

Gráfico 3. Gráfico radial sobre los tres niveles de evaluación en Arrabal.



Fuente: elaboración propia a partir de la Herramienta de Equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

Tabla 11. Resultados numéricos sobre inclusión y coherencia en Arrabal.

	INCLUSIÓN	COHERENCIA
Clase social	5.00	5.11
Género	7.78	8.37
Edad	8.89	8.37
Etnia / cultura	3.89	8.37
Territorio	2.78	8.37
Diversidad funcional	6.67	7.17
Orientación / identidad sexual	0.00	0.00
Ideología / creencias	2.22	8.37
	4.65	6.77

Fuente: elaboración propia a partir de la Herramienta de Equidad del Observatorio de Salud de Asturias.

E. EVALUACIÓN DE LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA Y EL TRABAJO EN RED

10. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre la existencia de cauces y estructuras de coordinación y de documentos compartidos de orientación comunitaria en las entidades respecto al total de respuestas

Como se indica en la tabla 12, en los tres barrios más del 85% de las respuestas sobre la existencia de cauces y estructuras de coordinación fueron afirmativas. Para la pregunta sobre la existencia de documentos compartidos de orientación comunitaria el porcentaje estuvo entorno al 81% para los barrios de Las Fuentes y Casetas y entorno al 63% en Arrabal.

Tabla 12. Resultados del cuestionario.

	Existencia de cauces y estructuras de coordinación	Existencia de documentos compartidos de orientación comunitaria
Las Fuentes	87,5%	81,25%
Casetas	90,9%	81,81%
Arrabal	94,73%	63,15%
Global	91%	75,4%

Fuente: elaboración propia.

11. Tipología de las estructuras y documentos

La tipología de documentos y estructuras de coordinación recogidas en el cuestionario y en los informes de salud de barrio es heterogénea. Se registraron juntas, comisiones, consejos o mesas de trabajo y la utilización de estatutos y reglamentos de las entidades, acuerdos de gestión, documentos estratégicos del Sistema Nacional de Salud y del Gobierno de Aragón, carteras de servicios o memorias y programas de proyectos. (Anexo 4)

12. Número de entidades y actividades comunitarias que se desarrollan y tipología

Como se puede ver en la tabla 13, Las Fuentes es el barrio donde se recogió un mayor número de actividades, seguido por Casetas y Arrabal. El número de entidades también fue mayor en las Fuentes seguido por Arrabal. La tipología de actividades fue similar en los tres barrios.

Tabla 13. Número de actividades, entidades y tipología de las actividades en cada barrio.

	Las Fuentes	Casetas	Arrabal
Número de actividades recogidas en el informe	51	43	39
Número de entidades recogidas en el informe	13	10	12
Tipología de las actividades	Programas y proyectos sociales, actividades físicas, talleres y actividades sanitarias, asesorías, actividades educativas, formativas y preventivas.	Talleres educativos, actividades preventivas, físicas, culturales, programas y proyectos sociales, asesorías, educación sanitaria.	Programas y proyectos sociales, cursos y talleres, actividades culturales y educativas, talleres de educación sanitaria, asesorías.

Fuente: elaboración propia.

13. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre la existencia de cauces de participación comunitaria para los usuarios en las entidades y sobre si la Red de Salud de barrio ha potenciado la participación respecto al total de respuestas

Como muestra la tabla 14, un 84,65% considera que existen cauces de participación comunitaria y un 92,8% que el proyecto ha potenciado la participación comunitaria.

Tabla 14. Resultados del cuestionario.

	Existencia de cauces de participación comunitaria en las entidades	Potenciación de la participación comunitaria
Las Fuentes	81,25%	87,5%
Casetas	72,7%	90,9%
Arrabal	100%	100%
Global	84,65%	92,8%

Fuente: elaboración propia.

14. Tipología de los cauces de participación

Las respuestas obtenidas del cuestionario fueron muy heterogéneas (Anexo 4):

- **Ámbito sanitario:** Consejo de Salud, grupos de atención comunitaria y proyectos de investigación.
- **Ámbito social:** Juntas de mayores, oficinas de buenas prácticas, comisiones y reuniones.
- **Ámbito educativo:** asociaciones de padres y madres, consejo y claustro escolar, comisiones de coordinación y reuniones de departamentos.
- **Tejido asociativo:** asambleas de vecinos y barrios, juntas y grupos.

F. REDES DE SALUD DE BARRIO

15. Número de integrantes del grupo impulsor, perfiles y número de reuniones realizadas

La tabla 15 muestra el número de integrantes del grupo impulsor, su perfil, con trabajadores de Salud Pública, Servicios Sociales del Ayuntamiento y Educación y el número de reuniones realizadas.

Tabla 15. Información sobre el grupo impulsor.

Grupo impulsor del proyecto <i>Salud en Red en los Barrios</i>	
Número de integrantes	13
Perfiles de los integrantes	3 Enfermeras Familiares y Comunitarias 4 Técnicos de Salud Pública 2 Oficina Técnica del Mayor 3 Servicios Sociales Comunitarios 1 Asesor en Educación
Número de reuniones realizadas	9

Fuente: elaboración propia.

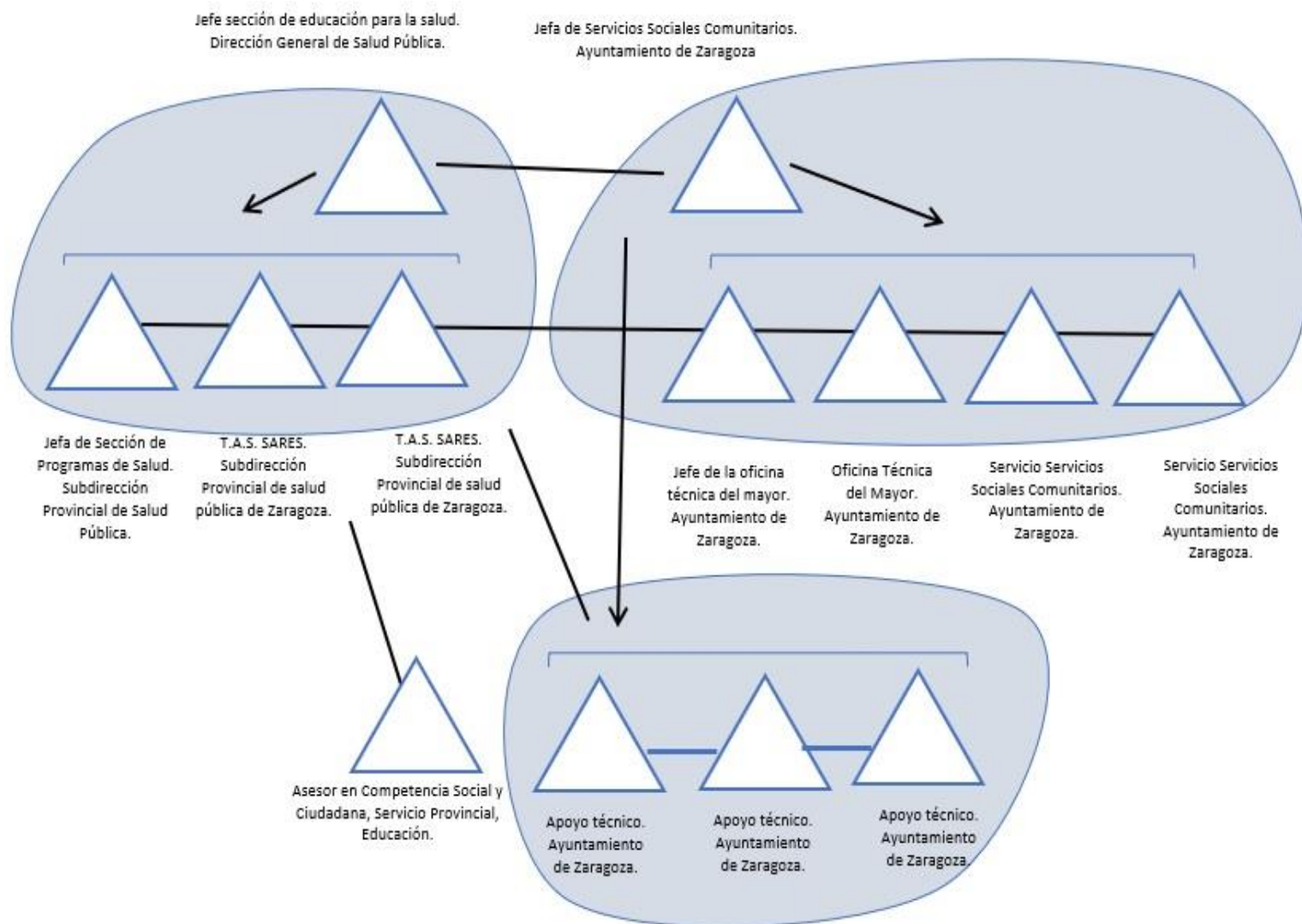
16. Análisis de las interacciones del grupo impulsor

El grupo impulsor estaba formado por personal técnico de los Servicios Sociales Comunitarios, la Oficina del Mayor del Ayuntamiento de Zaragoza, los Servicios de Promoción y Educación para la Salud del Departamento de Salud Pública del Gobierno de Aragón y un asesor de Educación vinculado a los servicios de Salud Pública.

Como muestra el sociograma (figura 5), las relaciones de dependencia se establecen desde los trabajadores hacia los dos promotores de proyecto inicial tanto en los ámbitos de los Servicios Sociales del Ayuntamiento como desde la Dirección General de Salud Pública. El apoyo técnico








contratado estaba vinculado al Ayuntamiento de Zaragoza, pese a pertenecer al ámbito sanitario y tener una fuerte relación de colaboración con los servicios de Promoción de Salud Pública. El asesor de Educación tenía una fuerte relación con los servicios de Promoción de Salud Pública por su vinculación a la Red aragonesa de Escuelas Promotoras de salud.

Figura 5: Sociograma del grupo impulsor.



Fuente: elaboración propia.

Tabla 16. Leyenda del sociograma.

Administraciones		Colectivos o grupos informales	
Servicios públicos		Relación de dependencia	
Entidades prestadoras de servicios		Relación fuente	
Asociaciones		Grupo de afinidad	

Fuente: Adaptación de la Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria (26)

17. Número de integrantes del grupo motor, perfiles y número de reuniones realizadas

Como se muestra en la tabla 17, el grupo motor más numeroso fue el de Las Fuentes, seguido por Casetas. Los perfiles de los integrantes son similares en los tres grupos, con profesionales del ámbito sanitario, social, educativo, vecinal y asociativo.

Los grupos motores de Las Fuentes y Casetas han tenido una formación estable desde el comienzo de la iniciativa. El grupo motor de Arrabal ha presentado dificultades para su consolidación, lo que ha condicionado una evolución más tardía y la necesidad de realizar un mayor número de reuniones.

Tabla 17. Número de integrantes, perfiles y reuniones realizadas por los grupos motores.

	Grupo motor Las Fuentes	Grupo motor Casetas	Grupo motor Arrabal
Número de integrantes	20	16	15
Perfiles de los integrantes	2 presidentes del Consejo de Salud 2 enfermeras y una trabajadora social del Centro de Salud 4 residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria Directora del Centro de Convivencia de mayores Directora del Hogar de mayores 2 trabajadoras sociales y la Directora del Centro Municipal de Servicios Sociales 2 trabajadores de Centros Educativos 1 trabajadora de una Fundación 3 apoyos técnicos	Director del Centro de Mayores 2 trabajadoras del Centro Municipal de Servicios Sociales (educadora y técnica) 2 trabajadoras del Hogar de Mayores (educadora y trabajadora social) Profesor del colegio público 2 representantes de la Junta Vecinal Educadora social de la Casa de la Juventud Presidenta del Consejo de Salud 3 trabajadores del Centro de Salud (trabajadora social, coordinadora médica y enfermera) 3 apoyo técnico	Coordinadora médica y trabajadora social del Centro de Salud Directora del Centro de Convivencia de Mayores Directora y trabajadora social del Hogar de Mayores Directora y trabajadora social del Centro Municipal de Servicios Sociales Junta de distrito Asociación de vecinos Instituto municipal (Zaragoza Dinámica) 2 educación (Instituto y Colegio públicos) 3 apoyo técnico
Numero de reuniones realizadas	9	10	15

Fuente: elaboración propia.

18. Análisis de las interacciones de los grupos motores

La composición de los grupos motores ha variado a lo largo del proyecto en función de la disponibilidad de los profesionales y la necesidad de nuevas incorporaciones. Las relaciones de afinidad se establecen por ámbito laboral, encontrando integrantes de sanidad, servicios sociales comunitarios, educación y asociaciones. Las relaciones más estrechas se dan entre entidades que han realizado colaboraciones previamente, como las originadas entre los servicios de salud y educación con los servicios de promoción de la Dirección General de Salud Pública, los Consejos de Salud con los Centros de Salud y las trabajadoras sociales de los Centros de Salud con los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento.

Figura 6. Sociograma del grupo motor de Las Fuentes. Fuente: elaboración propia.

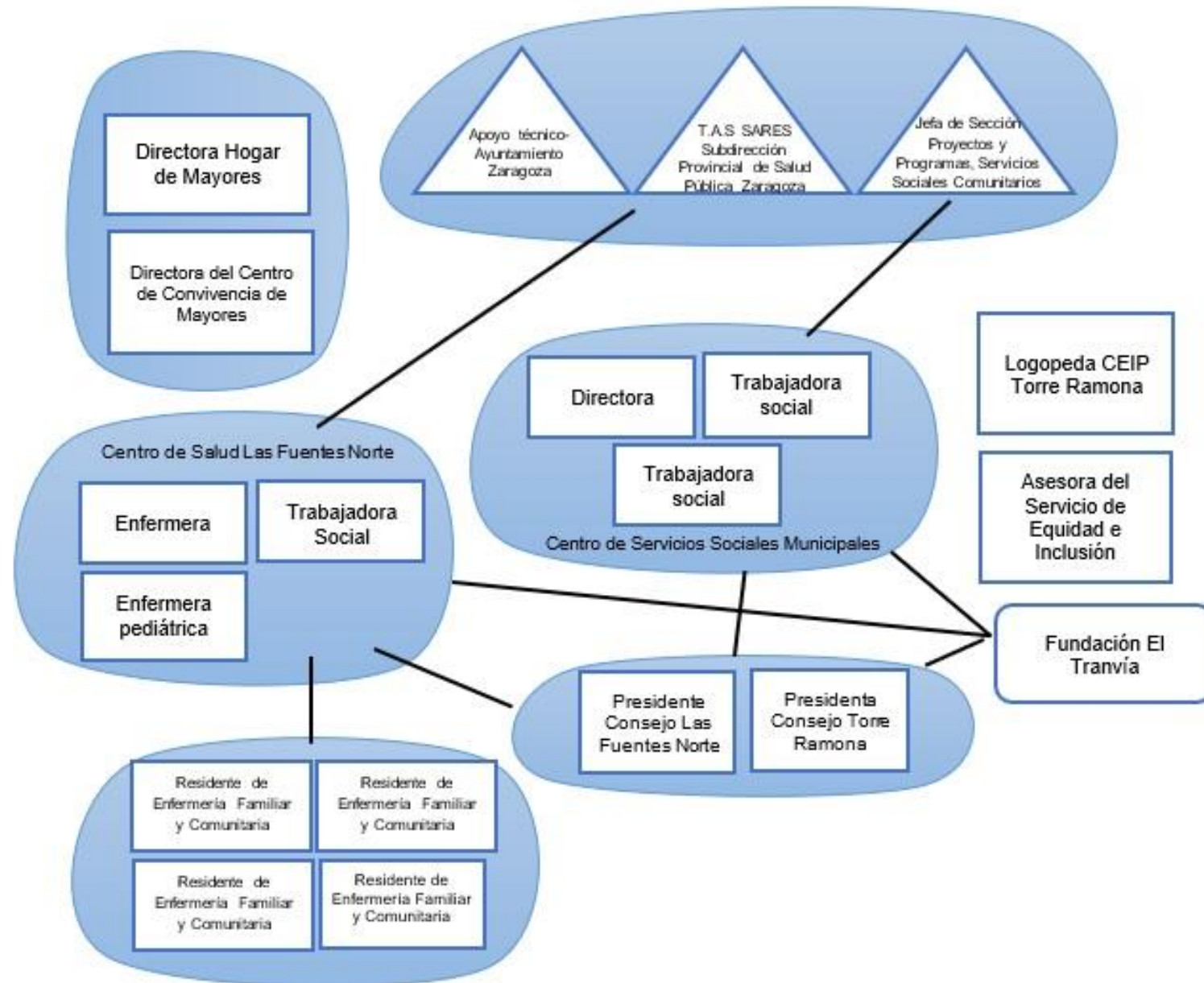


Figura 7. Sociograma del grupo motor de Casetas. Fuente: elaboración propia.

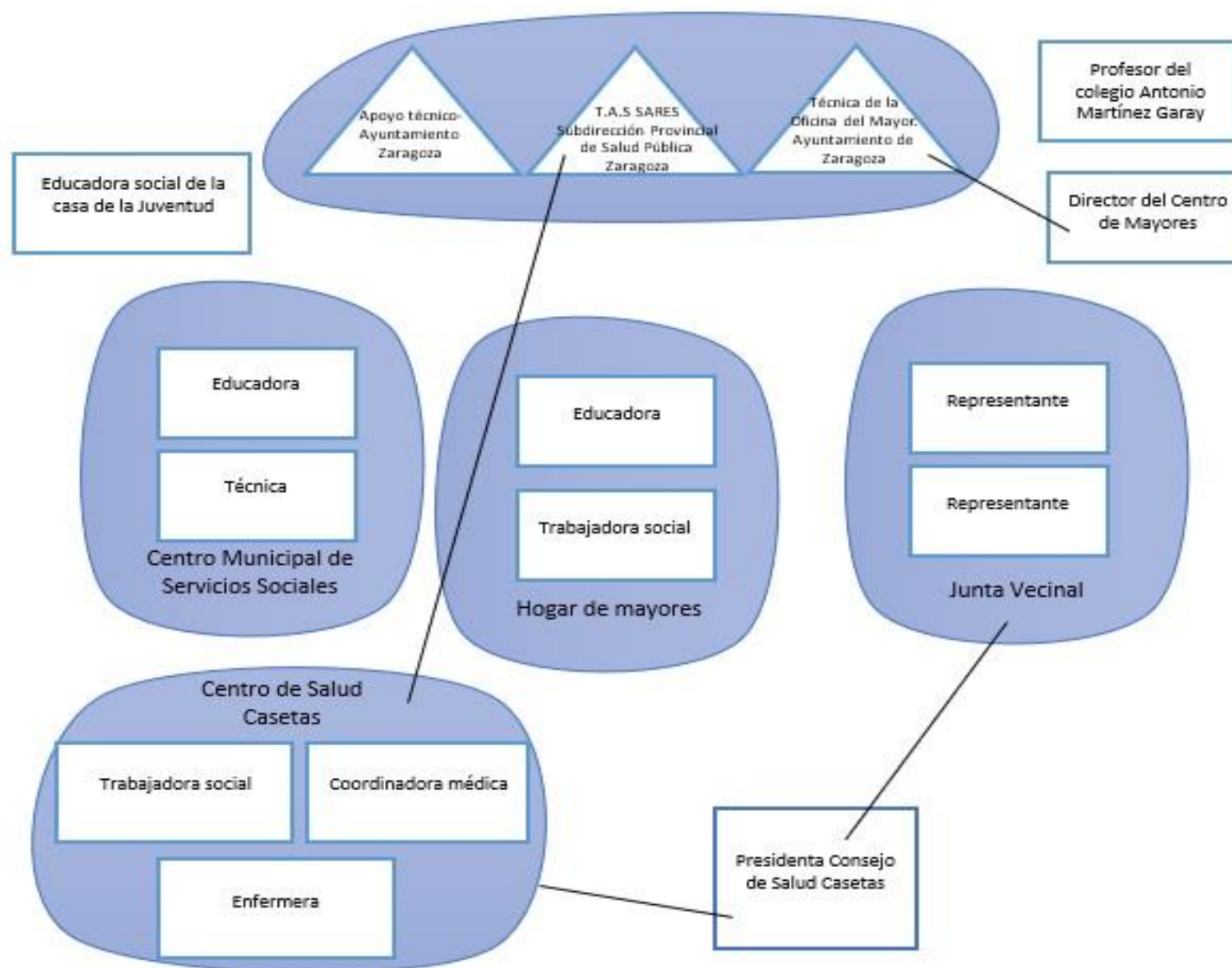


Figura 8. Sociograma del grupo motor de Arrabal. Fuente: elaboración propia.

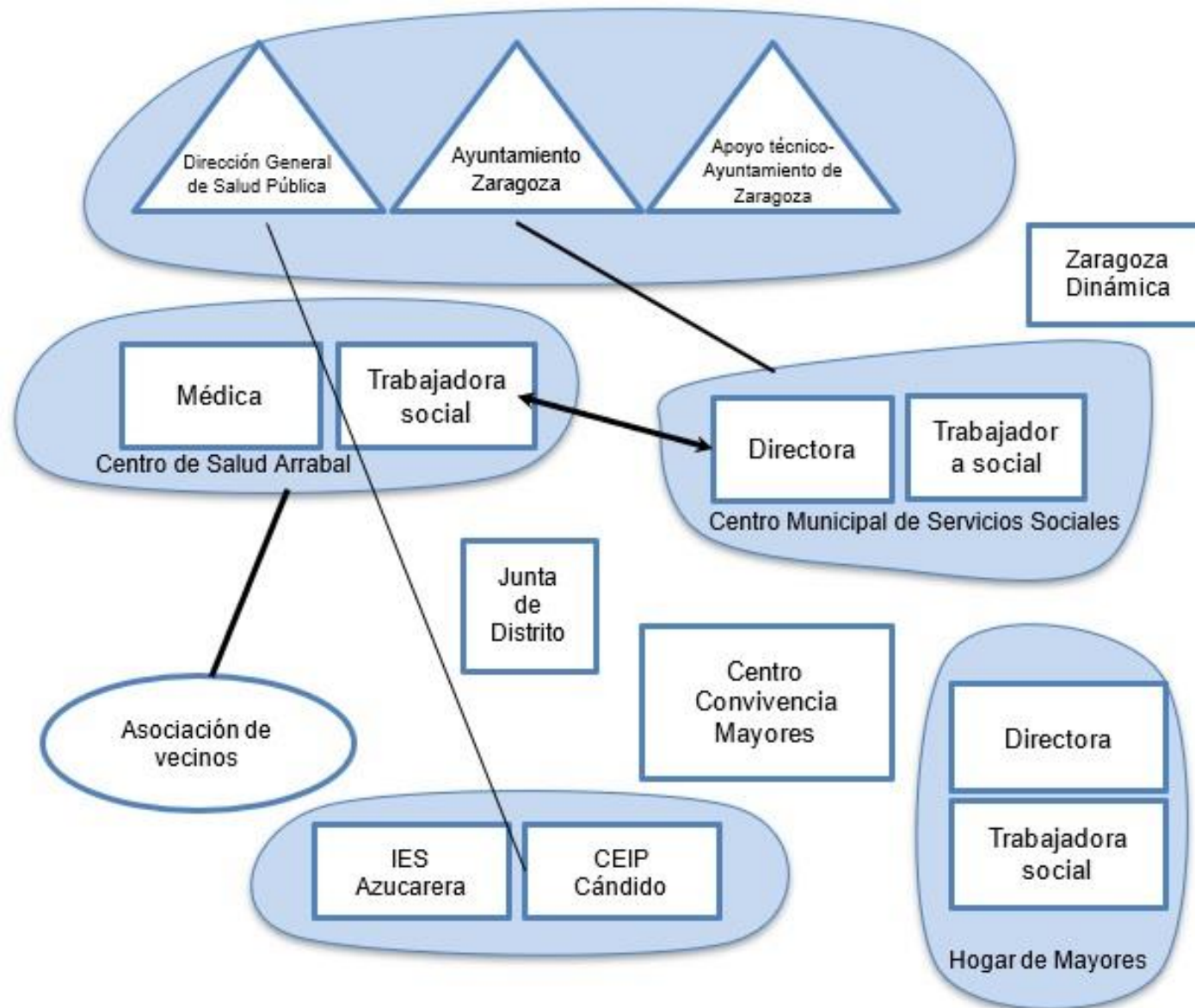










Tabla 18. Leyenda del sociograma.

Administraciones		Colectivos o grupos informales	
Servicios públicos		Relación de dependencia	
Entidades prestadoras de servicios		Relación fuente	
Asociaciones		Grupo de afinidad	

Fuente: Adaptación de la Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria (26).

19. Número de integrantes en la red de salud de barrio y perfil

Para la adherencia de las entidades a la *Red de Salud de barrio*, se creó un documento de inscripción en el que los integrantes se comprometían a aceptar los valores y misión del proyecto. La tabla muestra el número de entidades que firmaron dicho documento, así como el perfil de las mismas.

Tabla 19. Número de integrantes y perfiles de la Red de Salud en cada barrio.

	Red de Salud de Las Fuentes	Red de Salud de Casetas	Red de Salud de Arrabal
Número de integrantes	17	8	5
Perfiles de los integrantes	Asociación de vecinos, Asociación de madres solas, Federación amigos mayores, Colegios, Centro de mayores, Centros de Salud, Centro Municipal de Servicios Sociales, Consejos de Salud, Farmacia, Hogar mayores, Punto de apoyo y rehabilitación psicosocial, Ludoteca y Centro de tiempo libre, Asociación de salud alternativa.	Casa Juventud, Centro de Salud, Centro de convivencia de mayores, Colegio Público, Consejo de salud, Farmacia, Hogar personas mayores, Asociación educativa-laboral.	Asociación estelar, Centro de Salud, Asociación de vecinos Barrios Jesús, Equipo de Apoyo Social Comunitario Rey Ardid e IES Azucarera.

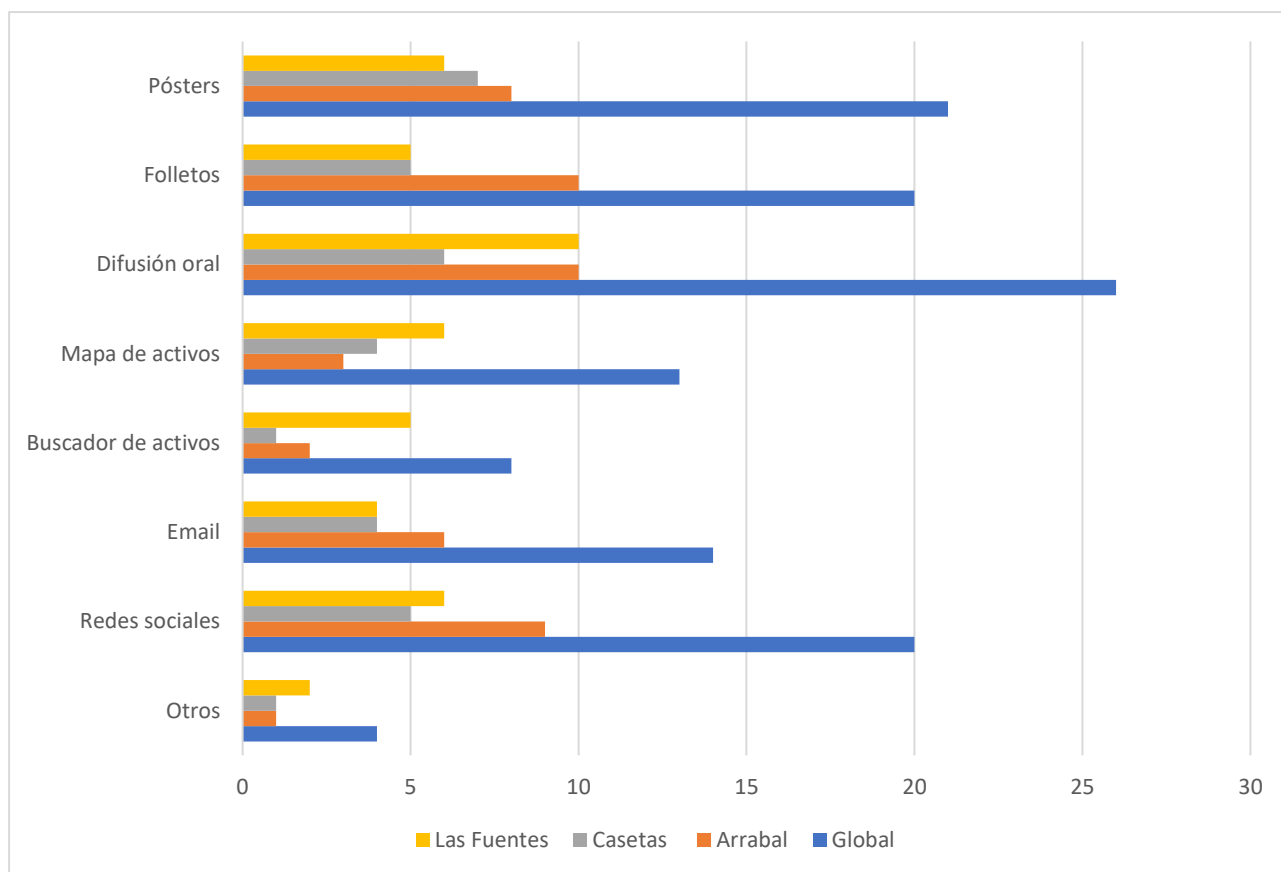
Fuente: elaboración propia.

G. ACTIVOS PARA LA SALUD

20. Tipología de los métodos de comunicación y difusión de activos utilizados por las entidades de la *Red de Salud*

Los métodos de difusión que han obtenido una mayor puntuación según la votación de los asistentes a las jornadas han sido en primer lugar la difusión oral, seguido de métodos clásicamente utilizados como los pósters, folletos y las redes sociales. Su frecuencia varía dependiendo del barrio, el uso de herramientas más novedosas como los mapas y buscadores de activos son utilizados con menor frecuencia.

Gráfico 4. Tipología de los métodos de difusión y comunicación en cada barrio y en global.



Fuente: elaboración propia.

21. Porcentaje de respuestas afirmativas sobre la existencia de interacción entre las entidades del barrio para potenciar y fomentar el uso de los activos para la salud respecto al total de respuestas

Respecto a los resultados obtenidos en el cuestionario (tabla 20), el 83,69% de respuestas globales sobre la interacción entre entidades para potenciar y fomentar el uso de activos de salud fueron positivas.

Tabla 20. Resultados del cuestionario.

Existencia de interacción entre las entidades del barrio para potenciar y fomentar el uso de activos para la salud	
Las Fuentes	81,25%
Casetas	90,9%
Arrabal	78,94%
Global	83,69%

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Con este trabajo se llevó a cabo la evaluación de *Salud en Red en los Barrios* en su primer año de puesta en marcha. En la evaluación del proceso se observó que se cumplieron las fases previstas de desarrollo para el análisis, priorización de necesidades, socialización de actividades y la creación de los grupos motores y la *Red de Salud*. En sus inicios ha mostrado que la socialización de recursos y actividades ha dado lugar a colaboraciones entre los distintos agentes y el análisis permitió identificar diferencias en su desarrollo en cada barrio.

Uno de los resultados más relevantes fue la creación de los grupos motores y las *Redes de Salud de barrio*. La creación de redes de intercambio, cooperación y alianzas para las comunidades locales son consideradas buenas prácticas por la Guía NICE de participación comunitaria (28). Respecto a la consolidación de los grupos motores, el grupo de Arrabal precisó un mayor número de reuniones, esto pudo deberse a los cambios en los integrantes del grupo motor y a dificultades organizativas. En otros proyectos como la *Red de Acción Local en Salud*, *Salut als barris* o la Guía metodológica propuesta por el Gobierno Vasco también se planteaba la creación de un grupo motor como una de las primeras fases en un proyecto de intervención local (7, 8, 22). Sobre las Redes, la adhesión más numerosa se dio en el barrio de Las Fuentes y la menor en Arrabal. Esto pudo deberse a las dificultades de consolidación del grupo motor, lo que tendría coherencia con la obtención de un menor porcentaje sobre la creación de nuevas sinergias respecto al resto de barrios. Hay que tener en cuenta que las condiciones requeridas para el desarrollo de relaciones de confianza y compromiso en un grupo pueden necesitar un mayor periodo de tiempo (28), por lo que, debido al breve lapso entre la propuesta de creación de la Red y esta evaluación, es posible que esta situación cambie a lo largo de los próximos meses.

En los tres barrios se observa que los resultados sobre la percepción de los participantes en el aumento del conocimiento de actividades y recursos, la creación de sinergias tras la puesta en marcha del proyecto, la existencia de interacciones para potenciar y fomentar el uso de activos para la salud y la potenciación de la participación comunitaria obtienen resultados positivos, en coherencia con la realización con éxito de las jornadas para este propósito. La identificación de

activos de salud y el aprovechamiento de los existentes como parte del análisis de necesidades es uno de los resultados principales obtenidos, considerados por la guía NICE sobre participación comunitaria como buenas prácticas para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades (28).

En apoyo de los resultados anteriores, el total de participantes en el cuestionario refirieron que consideraban la *Red de Salud de Barrio* un buen cauce para promocionar la salud comunitaria. Las aportaciones de los encuestados confirman los resultados anteriores, ya que creían que el proyecto había fomentado la coordinación y cooperación de los servicios, facilitado el acceso a los agentes del barrio, visibilizado recursos y actividades e implicado a la población en su salud. Los participantes también consideraban la existencia de dificultades para compaginar los espacios de encuentro de la *Red de Salud Barrio* con su trabajo diario, lo que ha podido ser la causa de dificultades organizativas en los grupos motores y en las jornadas.

La presencia en la implementación del proyecto de elementos facilitadores descritos en la bibliografía (4) tales como, el desarrollo de decisiones colaborativas, la planificación y acción local, la disponibilidad de recursos, el liderazgo efectivo, el enfoque dinámico, la participación de personal capacitado y formado y la confianza en la creación y mantenimiento del proyecto han podido influir en el éxito en su desarrollo y en los resultados obtenidos.

En relación con las diferencias observadas entre los barrios, es preciso señalar que las intervenciones comunitarias son altamente dependientes del contexto, dinámicas y precisan incluir nuevos objetivos y actividades durante su desarrollo por lo que evaluar a lo largo del proceso puede ser muy ventajoso (29, 30). Teniendo en cuenta los resultados, la ampliación del proyecto al resto de barrios de Zaragoza conllevará diferencias en su desarrollo respecto al diseño piloto.

Respecto al proceso de priorización de necesidades, fue diferente en los tres barrios, esto pudo deberse a la experiencia de los participantes en trabajo en grupo y en intervenciones de promoción de salud, el número de reuniones requeridas por el grupo motor para su organización y el número de participantes en cada Red. El proceso de priorización desarrollado tiene elementos

comunes con otras experiencias como *Salut als barris* y la *Red de Acción Local en Salud de Andalucía*, en la realización de jornadas de priorización participativas y el trabajo del grupo motor con criterios de priorización (8, 31).

Otro aspecto clave en el desarrollo de proyectos de promoción de salud es el enfoque de equidad como establece la Estrategia Nacional de Equidad en Salud (32). En este proyecto ha sido un aspecto fundamental, ya que uno de sus objetivos es la reducción de las desigualdades en salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. En los resultados obtenidos, se observó que los tres barrios han tenido en cuenta el abordaje de determinados ejes de desigualdad en los tres niveles de evaluación (grupo de trabajo, diagnóstico y actuaciones) pese a no abordar la totalidad de los ejes en todos los niveles. También se encontraron diferencias en los ejes abordados en los diferentes niveles entre los tres barrios. Esto se podría deber al perfil profesional de los integrantes del grupo motor y las entidades adheridas a la *Red de Salud de barrio*, entre ellos se encontraban trabajadores de centros de juventud y mayores, centros sanitarios y sociales, asociaciones que trabajan con mujeres e inmigrantes y trabajadores sociales que trabajan con población vulnerable, lo que podría explicar que los ejes que han sido tenidos en cuenta en mayor medida sean edad, clase social, género o etnia/cultura. El único barrio que ha tenido en cuenta el eje de diversidad funcional ha sido Arrabal debido a la participación de una asociación que trabajaba con personas con discapacidad intelectual. Estos resultados serán útiles para que los participantes conozcan los ejes de desigualdad desatendidos y su necesidad de abordaje.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentran el hecho de que el proyecto no hubiera incluido el diseño de evaluación desde el inicio lo que conllevó dificultades metodológicas. Como indica Victora y Santos (33) es uno de los errores más comunes y esto conlleva dificultades a la hora de realizar a tiempo la recogida de datos y seleccionar grupos control para futuras comparaciones. Otra de las limitaciones para la obtención de resultados es el poco tiempo transcurrido desde el inicio del desarrollo del proyecto. A pesar de que es importante evaluar “durante” para poder hacer las adaptaciones pertinentes, un año es un tiempo muy limitado para obtener resultados a medio-largo plazo con indicadores de impacto. Así mismo, la bibliografía defiende la necesidad de realizar evaluaciones sobre beneficios indirectos e informes de costes y recursos (9) que deberían ser tenidos en cuenta en futuras evaluaciones del proyecto. Finalmente, es preciso señalar como limitación la

obtención de resultados mediante un cuestionario no validado de elaboración propia ya que podría poner en riesgo la validez interna de la evaluación, pese a ello, la herramienta pretendía obtener información de los indicadores desarrollados en la matriz de evaluación y ha proporcionado algunos de los principales resultados.

Pese a todas las dificultades planteadas, la evaluación de las intervenciones comunitarias es un deber ético y una tarea ineludible que aporta calidad, validez y rigor a los proyectos permitiendo conocer si la intervención tiene impacto en un contexto real, tomar decisiones sobre la asignación de recursos a este tipo de programas, comprender el proceso desarrollado, los errores cometidos y el grado en que las actividades desarrolladas consiguen los objetivos planteados.

Además, esta evaluación presenta algunas fortalezas. Entre ellas, cabe destacar el uso de metodología mixta, de tipo cuantitativo y cualitativo, como lo propuesto en proyectos internacionales como *Ciudades Saludables* (18) con diversas herramientas tales como indicadores, sociogramas, cuestionarios, revisión documental, etc. que han aportado una valiosa información del proceso. Asimismo, el diseño de evaluación se podrá utilizar para la extensión del proyecto a otros barrios de la ciudad desde su inicio, facilitando su desarrollo metodológico y permitiendo comparar resultados. Finalmente, los resultados obtenidos de indicadores de proceso y resultados a corto plazo, como defiende Victora y Santos (33), son necesarios para comprender los factores que intervinieron en los resultados de impactos a largo plazo.

Conclusiones

En conclusión, en el presente trabajo se ha evaluado la puesta en marcha de la iniciativa en su fase piloto, cumpliendo con los objetivos de crear los grupos motores y las Redes de Salud de Barrio.

Como parte del proceso, se valoró el análisis de los determinantes, la priorización de necesidades, la socialización de actividades y la creación de grupos de trabajo, siendo desigual en los tres barrios y concluyendo que el diseño deberá adaptarse a las circunstancias de cada contexto en su extensión al resto de barrios.

Se considera que se han obtenido resultados positivos a corto plazo como son el conocimiento por parte de los participantes de nuevas entidades y actividades, el desarrollo de sinergias, la interacción para fomentar el uso de activos de salud y la potenciación de la participación comunitaria.

La evaluación de proyectos comunitarios puede ser un trabajo complejo, pero la satisfacción de obtener indicadores que respaldan los posibles beneficios del proyecto es un gran aliciente para seguir trabajando en programas que favorezcan la salud comunitaria de nuestros barrios. La evaluación se debe de realizar a lo largo del proyecto y planificar desde el inicio del mismo, teniendo en cuenta la necesidad de obtener resultados a largo plazo que demuestren el impacto de este tipo de intervenciones en la salud de las personas.

Referencias bibliográficas

1. Salud en Red en los Barrios. [Internet]. Gobierno de Aragón; 2018 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2018/10/Salud-en-Red-en-los-Barrios.pdf>
2. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health [Internet]. World Health Organization: Commission on Social Determinants of Health; 2003 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
3. Boelens M, Windhorst DA, Jonkman H, Hosman CMH, Raat H, Jansen W. Evaluation of the promising neighbourhoods community program to reduce health inequalities in youth: a protocol of a mixed-methods study. BMC Public Health. [Internet] 2019;19(1):555. 2019 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515662/>
4. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. [Internet] BMC Public Health. 201 [consultado el 15 de noviembre de 2019] 6;16:140. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2811-9>
5. Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. [Internet] Gac Sanit. 2010 [consultado el 15 de noviembre de 2019];24(6):435–6. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-content-articulo-S0213911110002001>
6. Implementation framework for phase VII (2019-2024) of the WHO European Healthy Cities Network: goals, requirements and strategic approaches. [Internet]. World Health Organization; 2019 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2019/implementation-framework-for-phase-vii-20192024-of-the-who-european-healthy-cities-network-goals,-requirements-and-strategic-approaches-2019>
7. Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez

- O et al. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. [Internet]; 2017. [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-als-barris-com-desenvolupar-estrategia-de-salut-comunitaria/>
8. Manual para la elaboración de Planes Locales de Salud [Internet]. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2015. [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redlocalsalud.es/project/manual-sobre-metodologia-relas-2015/>
 9. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Heal Res [Internet]. 2013 [consultado el 15 de noviembre de 2019];1(4):1–526. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262817/>
 10. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2015 [consultado el 15 de noviembre de 2019];15(1):1–23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374501/>
 11. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: A systematic review. Glob Health Action [Internet]. 2015 [consultado el 15 de noviembre de 2019];8:1–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685976/>
 12. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf
 13. Plan de Salud de Aragón 2030. [Internet]. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón; 2018 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Plan-de-Salud-FINAL-EDITADO.pdf>
 14. Proyecto de Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón Atención Primaria. [Internet]. Gobierno de Aragón; 2017 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en:

- http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Ciudadano/12_Salud_Publica/01_Promocion_de_Salud/04_Red_Aragonesa_Proyectos_Promocion_Salud_RAPPS/Borrador4_Estrategia_Atencion_Comunitaria_2017.pdf
15. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ. La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria. Gac Sanit [Internet]. 2019 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002>
 16. Rogers P. La teoría del cambio. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto nº 2. [Internet]. Centro de Investigaciones de UNICEF. Florencia; 2014. [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%20Theory%20of%20Change_ES.pdf
 17. Guía práctica para el diseño y la realización de evaluaciones de políticas públicas. Enfoque AEVAL. [Internet]. Agencia de evaluación y calidad. Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas. Gobierno de España; 2015 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/Guia_Evaluaciones_AEVAL.pdf
 18. O'Neill M, Simard P. Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects : a political task?. Health Promotion International [Internet]. 2006 [consultado el 15 de noviembre de 2019];21(2): 145-152. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article/21/2/145/672685>
 19. Palencia L, Rodríguez-Sanz M, López J, Calzada N, Gallego R, Morales E et al. Community action for health in socioeconomically deprived neighbourhoods in Barcelona: Evaluating its effects on health and social class health inequalities. Health Policy [Internet]. 2018 [consultado el 15 de noviembre de 2019];122(12):1384-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305839>
 20. De Leeuw E, Green G, Dyakova M, Spanswick L, Palmer N. European Healthy Cities evaluation : conceptual framework and methodology. Health Promotion International [Internet]. 2015 [consultado el 15 de noviembre de 2019];30(1):8-17. Disponible en: https://academic.oup.com/heapro/article/30/suppl_1/i8/583609

21. Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1998. [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
22. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria [Internet]. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. 2016. [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
23. Guía de Evaluación de Políticas Públicas del Gobierno Vasco. Gobierno Vasco. [Internet] [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/evaluacion_coordinacion/es_def/adjuntos/guia_evaluacion_gv_pip.pdf
24. Cuaderno de Gestión de la Evaluación de Intervenciones Públicas en Navarra. [Internet] Gobierno de Navarra. 2010. [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/ED202873-09FC-4A62-897C-50C7799B1001/0/CUADERNOGESTIONEVALUACION2012.pdf>
25. Suárez-Álvarez Ó, Aldasoro-Unamuno E, Cofiño R, Fernández-Feito A, Vallina-Crespo H. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. Gac Sanit. [Internet]. 2018 [consultado el 15 de noviembre de 2019] ;32(6):579–81. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/en-herramientas-una-evaluacion-del-impacto-articulo-S0213911118300712>
26. Rebollo-Izquierdo O, Morales-Morales E. Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. [Internet] Inst Gov i Polítiques Públiques Univ Autònoma Barcelona; 2016. [Consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf
27. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. [Internet] 2010 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glass%20half%20full.pdf>

28. Casseti 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. [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2018/11/guia-adapta-def.pdf>
29. Díez-David E, López-Medina MJ G-PA. La evaluación en el ámbito comunitario. Comunidad. [Internet] 2017 [consultado el 15 de noviembre de 2019];19(3):9. Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/la-evaluacion-en-el-ambito-comunitario/>
30. Jolley G. Evaluating complex community-based health promotion: Addressing the challenges. Evaluation and Program Planning. 2014; 45: 71–81.
31. Sánchez-Ledesma E, Pérez A, Vázquez N, García-Subirats I, Fernández A, Novoa AM et al. La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. Gac Sanit. [Internet]. 2018 [consultado el 15 de noviembre de 2019];32(2):187–192. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v32n2/0213-9111-gs-32-02-187.pdf>
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 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. [Internet] Madrid. 2015. [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
33. Victora CG, Santos IS. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. [Internet] 2008 [consultado el 15 de noviembre de 2019] ;22(1):1–7. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-los-siete-pecados-capitales-evaluacion-articulo-S0213911108760680>

Anexos:

Anexo 1: Diagrama de Gantt sobre el Proyecto *Salud en red en los barrios*

2018-2019	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación de la iniciativa	■																			
Creación del grupo impulsor		■																		
Reuniones del grupo impulsor				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■
Creación del grupo promotor				■																
Reuniones del grupo motor				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■
Presentación del proyecto <i>Salud en Red en los Barrios</i> el 3 de octubre ¹						■														
Jornadas de la Red de Salud en los barrios ²											■		■							
Encuentro de Redes de Salud de Barrio el 18 de junio ³														■						
Evaluación del proyecto															■	■	■	■	■	■

¹ Presentación del proyecto tras la formación de los grupos motores, la creación de los informes de salud comunitaria de cada barrio y la identificación de necesidades por el grupo motor. Grupos de trabajo de cada barrio con integrantes de los grupos motores y los interesados en inscribirse en la *Red de Salud*.

² Jornadas realizadas en cada barrio, donde el grupo motor invita a la *Red de Salud del barrio*. Exposición del trabajo realizado por el grupo motor, priorización de necesidades del barrio, socialización de las actuaciones existentes y nuevas sinergias.

³ Jornadas intergrupos con la asistencia de la *Red de Salud* de cada barrio. Evaluación de las Jornadas y trabajo en grupo para socializar actividades, creación de grupos de trabajo y desarrollo de proyectos colaborativos.

Anexo 2: Cuestionario sobre la Red de Salud de Barrio

CUESTIONARIO SOBRE LA RED DE SALUD DE BARRIO

Tras un año desde la puesta en marcha del Proyecto *Salud en Red en los Barrios*, nos gustaría conocer su opinión y poder valorar la trayectoria del proyecto.

Para ello, como integrante de la Red de Salud de Barrio de unos de los tres barrios piloto, le agradeceríamos que contestara a este cuestionario.

Muchas gracias por su colaboración.

A) Información personal y de su entidad

1. Nombre y apellidos:

2. Dirección email:

3. Entidad (Servicio, centro, o asociación) a la que pertenece:

4. Cuál es su barrio de pertenencia

Arrabal ☐ Casetas ☐ Las Fuentes ☐ Otro ☐

5. En que encuentros de la Red de Salud de barrio ha participado (marcar lo que proceda)

- Grupo motor ☐
- Encuentro Salud en Red en los Barrios (3 octubre 2019) ☐
- Encuentro de la Red de Salud de Barrio (en Casetas, Arrabal, o Las Fuentes) ☐
- Este es mi primer contacto ☐

B) Identificación de las actuaciones existentes en el barrio:

A través del informe de salud de barrio, las memorias de la red y los propios encuentros y jornadas:

1. ¿Ha conocido nuevas entidades o recursos de su barrio?

SI ☐ NO ☐

Cuales:

2. ¿Ha conocido actividades que se realizan en su barrio que antes no conocía?

SI ☐ NO ☐

Cuales:

C) Colaboración y participación en el barrio.

1. ¿Sabe si su entidad ha iniciado alguna colaboración con otra entidad o recurso del barrio?

SI ☐ NO ☐ Lo desconozco ☐

En caso afirmativo, con quién y de qué tipo:

2. ¿Considera que la Red de Salud de barrio ha potenciado la participación comunitaria⁴?

SI ☐ NO ☐ Lo desconozco ☐

Comentarios:

3. ¿Existe cauces y formas de participación ciudadana en su entidad, centro o servicio? (junta, asamblea, consejos, grupos, comisiones, otros)

SI ☐ NO ☐ Lo desconozco ☐

En caso afirmativo ¿Cuál/Cuáles?:

D) Orientación comunitaria y trabajo en red de la entidad

1. ¿Su entidad participa en cauces y estructuras de coordinación en el barrio? (consejo de salud, junta municipal de distrito, junta vecinal, consejo escolar, comisiones, coordinadora, otros)

SI ☐ NO ☐ Lo desconozco ☐

En caso afirmativo, ¿Cuál/Cuáles?

⁴ La participación comunitaria es la implicación de agentes de la comunidad en procesos comunitarios que respondan a las necesidades de salud, estableciendo objetivos compartidos y actuando conjuntamente.

2. ¿Existe algún documento que defina la orientación comunitaria de su entidad? Por ejemplo, proyecto, estrategia, protocolo, programa, memoria, cartera de servicios, estatutos, etc.

SI ☐ NO ☐ Lo desconozco ☐

En caso afirmativo ¿Cuál/Cuáles?

E) Activos para la salud

Un activo para la salud es cualquier factor o recurso que facilita a las personas, grupos y comunidades a mantener la salud y sentirse bien.

1. ¿Existe en su entidad algún método de comunicación y difusión de los activos para la salud? (marque las opciones que considere)

Posters	<input type="checkbox"/>	Mapa de activos	<input type="checkbox"/>	Email	<input type="checkbox"/>
Folletos	<input type="checkbox"/>	Buscador de activos	<input type="checkbox"/>	Redes sociales	<input type="checkbox"/>
Difusión oral	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		

Comentarios:

2. ¿Existe interacción entre las entidades del barrio para potenciar y fomentar el uso de los activos de salud? (paseos, grupos de actividad física, talleres, ferias, etc.)

SI ☐ NO ☐ Lo desconozco ☐

Comentarios:

F) Red de Salud de Barrio

1. ¿Considera que la Red de Salud de Barrio es un buen cauce para fomentar la salud comunitaria en el barrio?

SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, explique porque:

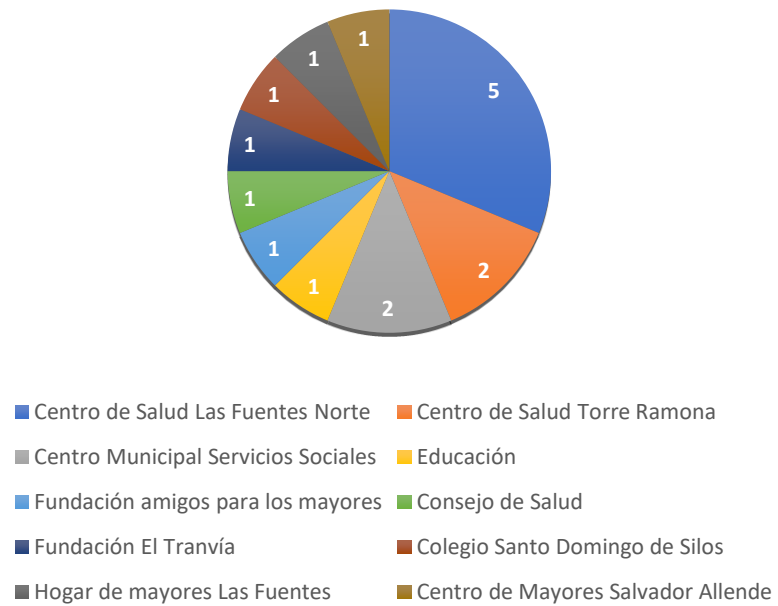
Anexo 3: Diagrama de Gantt del desarrollo del trabajo

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACIÓN								
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Diseño de una propuesta inicial de trabajo									
Revisión bibliográfica									
Recogida de información del proyecto									
Elaboración del proyecto de evaluación									
Entrega del trabajo									
Defensa oral ante el tribunal									

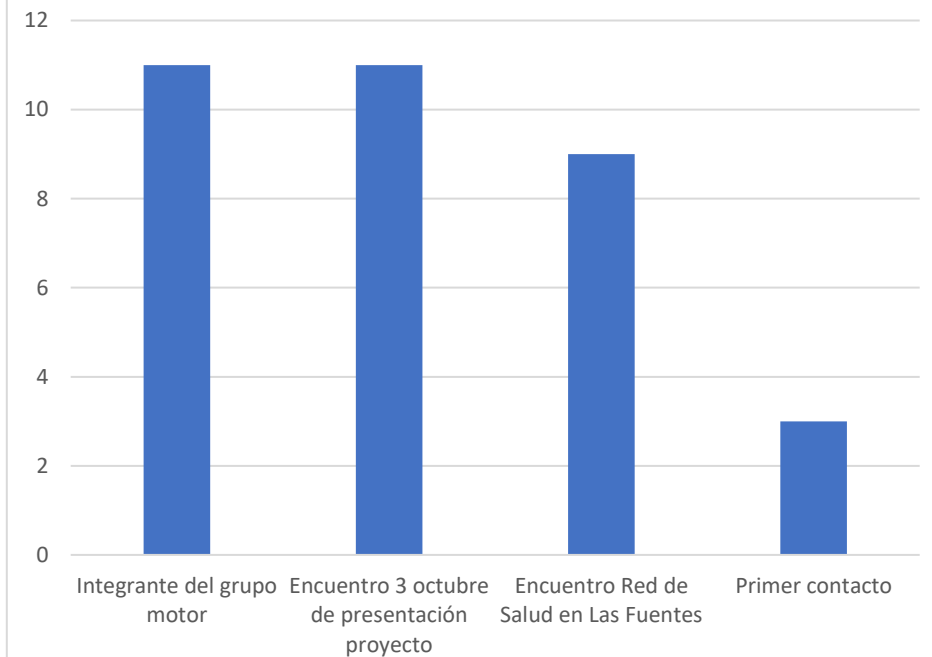
4: Resultados del cuestionario sobre la Red de Salud de Barrio.

Encuestas realizadas en la Red de Salud Las Fuentes n=16

Perfil encuestados

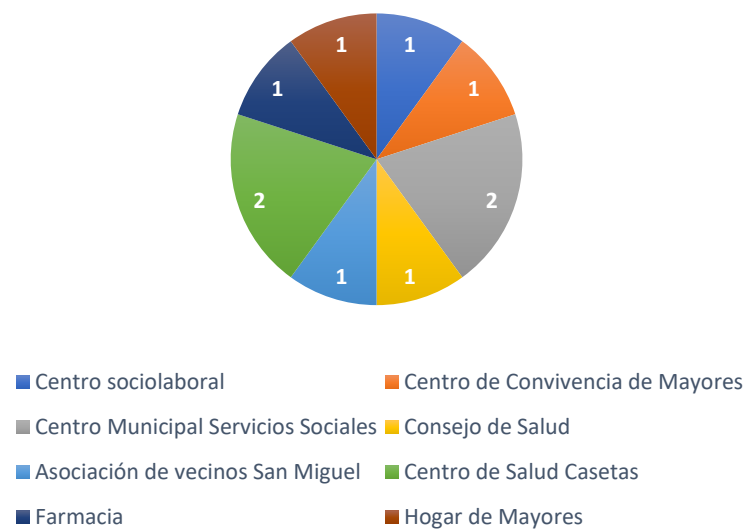


Participación en los encuentros

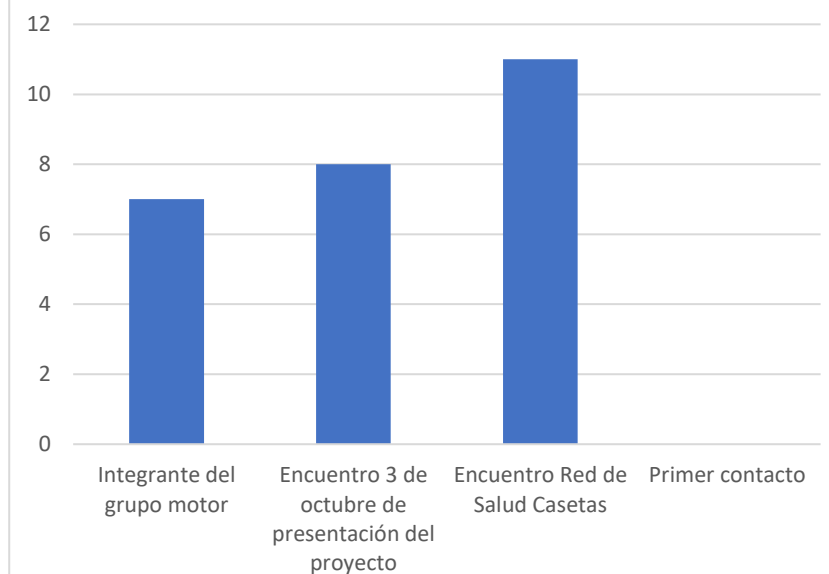


Encuestas realizadas en la Red de Salud de Casetas n=11

Perfil de los encuestados



Participación en los encuentros

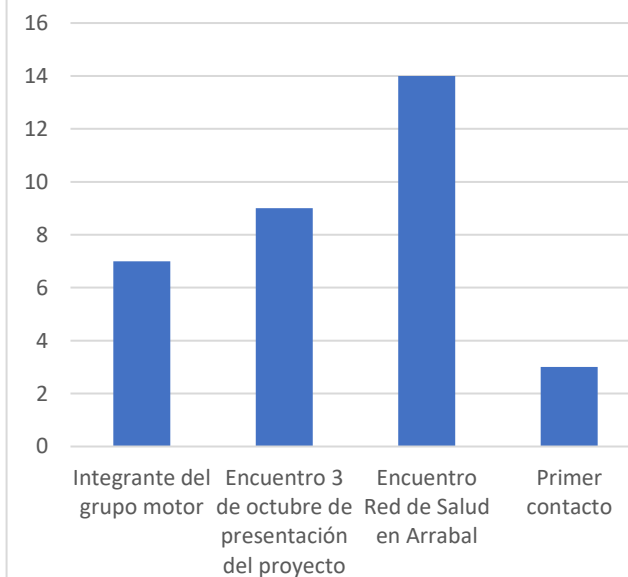


Encuestas realizadas en la Red de Salud de Arrabal n=19

Perfil encuestados



Participación en los encuentros



	Red de Salud Las Fuentes	Red de Salud Casetas	Red de Salud Arrabal	Global
Número de participantes	16	11	19	46
¿Se han conocido nuevas entidades o recursos tras la puesta en marcha del proyecto?	81,25% Centros Municipales de Servicios Sociales, Centros Educativos, los Centros y Hogares de Mayores, Asociaciones de vecinos, Ludotecas y tejido asociativo.	90,9%% Asociaciones, Colegio Público, Recursos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Asociación de vecinos, Centro Sociocultural y Centro de Mayores.	84,21% Asociación de vecinos, la Asociación ESTELA y AMEDIAR, la Fundación Rey Ardid, el Centro Cívico, el Proyecto Zaragoza Activa, el Centro Utrillo, los Institutos y Colegios, los Servicios de Salud Pública y Centros de Mayores.	85,45%
¿Se han conocido nuevas actividades tras la puesta en marcha del proyecto?	93,75% Actividades del Hogar y Centro de Convivencia de mayores, actividades de los Centros de Salud, Centros Escolares, Centros Sociolaborales y de Asociaciones.	72,72% Paseos saludables, talleres, actividades para personas mayores, Proyecto Cumbre, Escuelas artísticas.	84,21% Talleres Tacoha, la escuela de familias del Centro Utrillo, paseos cardiosaludables, servicios de comida para personas mayores, actividades dirigidas a la infancia/adolescencia, proyecto Lumbre de Yacandar, Escuelas artísticas, proyecto Zaragoza Activa, actividades deportivas.	83,56%
¿Se han desarrollado sinergias tras la puesta en marcha del proyecto?	75% <ul style="list-style-type: none"> El Centro de Salud Fuentes Norte con el Centro Municipal de Servicios Sociales en la impartición de talleres de alimentación saludable, con el Centro Sociolaboral y el Centro de Tiempo Libre, colegios, Fundación El Tranvía, Centros de Mayores. Centro de Salud Torre Ramona y la Fundación El Tranvía. Consejo de Salud y la Fundación el 	81,81% <ul style="list-style-type: none"> Centro sociolaboral (asociación Telca) con la Asociación de vecinos casetas, intervenciones con jóvenes y entornos saludables. Centro de Convivencia de personas mayores con actividades intergeneracionales de juegos de cartas con el Proyecto de Integración de Espacios escolares (PIEE), Casa Juventud, Hogar de 	47,36% <ul style="list-style-type: none"> Asociación Estelar con la Asociación Utrillo. IES La Azucarera con la Biblioteca y el Centro Utrillo. Centro Municipal de Servicios Sociales con el Centro de Salud y el AMPA de centros educativos. Centro de convivencia de personas mayores con el Centro Cívico, Asociaciones de vecinos, Colegios públicos y Centro de Salud. El Hogar de personas mayores con los Colegios 	68%

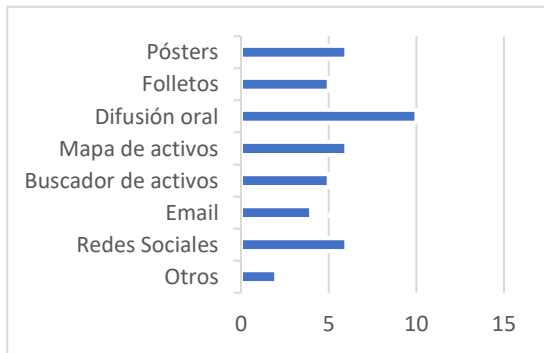
	<p>Tranvía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Consejo de Salud con los centros educativos, centro de Convivencia para mayores y el Centro Municipal de Servicios Sociales. • La Fundación el Tranvía con los Centros de salud, colegios y Centro de Convivencia y Hogar de mayores. • El Centro Municipal de Servicios Sociales con el Centro de Salud Fuentes Norte, Fundación El Tranvía, centros educativos, Centros de Mayores. • Colegio Santo Domingo de Silos con centros educativos y el Centro Municipal de Servicios Sociales. • Compartir información en los diferentes blogs de las entidades sobre otros recursos. • Hogar de Mayores de Las Fuentes con centros educativos y el Centro Municipal de Servicios Sociales. • Centro de Mayores Salvador Allende con el Centro Municipal de Servicios Sociales, Fundación amigos de los mayores, Biblioteca, Casa de la Juventud y Centro de tiempo libre, Hogar de mayore Las Fuentes y Centro de Salud y Fundación El Tranvía. 	<p>Mayores y Centro Municipal de Servicios sociales (adjudicación de detectores de humo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Centro Municipal de Servicios Sociales con los integrantes del grupo motor y la red de salud. • El Hogar de Mayores con el Centro de convivencia de mayores, el PIEEE, Casa de Juventud y centros educativos. 	<p>en actividades intergeneracional, promoción salud y prevención dependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La asociación Yacarandar y el grupo de matronas del Centro de Salud de Arrabal con actividades de promoción de salud y educación infantil. 	
--	---	---	---	--

¿Existen cauces y estructuras de coordinación en el barrio?	87,5%	90,9%	94,73%	91%
	Consejo de Salud, Junta Municipal de Distrito, Juntas Vecinales, Comisiones, Comisión de absentismo, Consejo escolar, Mesa de infancia.	Consejo de salud, Comisión de absentismo escolar.	Consejo de Salud, Comisión de absentismo, Plan Integral del Caso Histórico, Reuniones del Centro Municipal de Servicios Sociales, Junta Municipal, Consejo escolar, Junta municipal, Junta de valoración de actividades deportivas y culturales.	
¿Existe un documento compartido de orientación comunitaria en su entidad?	81,25%	81,81%	63,15%	75,4%
	Acuerdos de gestión del SALUD, Estrategia de Atención Comunitaria del Gobierno de Aragón, Agenda Comunitaria de Centros de Salud, Estrategia de participación comunitaria del SNS, Proyecto de desarrollo territorial, Cartera de Servicios del SNS, Memorias del Centro de Salud, Proyecto educativo de coordinación.	Estatutos, memorias, Reglamento Centros de Convivencia, Programa de prevención e inclusión, Agenda comunitaria, Estrategia de Atención Comunitaria.	Estrategia de atención comunitaria, proyectos de mejora del SALUD, Cartera de Servicios del SNS, Programas comunitarios sociales de Ayuntamiento, Memorias de proyectos, estatutos de organizaciones, proyectos educativos.	
¿Tienen cauces y formas de participación ciudadana en tu entidad?	81,25%	72,7%	100%	84,65%
	Comisiones, Consejos de Salud, Asambleas de Vecinos, Asociaciones de padres y madres, Juntas de Mayores, Oficina de buenas prácticas de derechos sociales.	Junta de representación, Consejo de Salud, Junta de Gobierno.	Consejo de Salud, Juntas de Distrito, Grupos de trabajo del Centro Municipal de Servicios Sociales, Asamblea de barrio, Grupos de comunitaria y Proyectos de investigación del Centro de Salud, Consejo y claustro escolar, comisión de coordinación pedagógica, reuniones de departamento de educación, grupos de padres y madres adolescentes, Proyecto autogestionado la colaborada de Zaragoza Activa.	

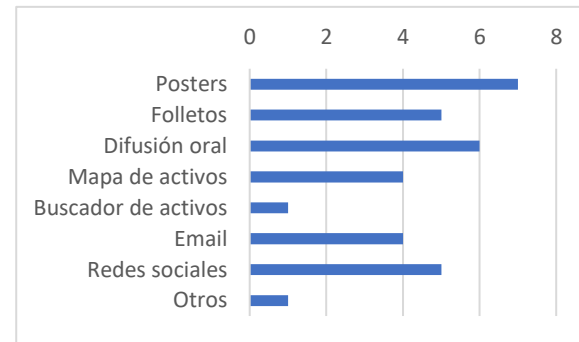
¿Se ha potenciado la participación comunitaria tras la creación de la Red de Salud de Barrio?	87,5%	90,9%	100%	92,8%
	<ul style="list-style-type: none"> • Ha permitido conocer las necesidades del barrio y trabajar en conjunto para no duplicar esfuerzos • Ha permitido poner conocer a los profesionales que trabajan en el barrio • Facilitar la coordinación y la visión común de las necesidades del barrio. • Es una plataforma que permite dar a conocer las actividades que se realizan y extenderlas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora el contacto entre las instituciones. • Falta potenciar el trabajo en red y una mayor participación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha iniciado una red entre las instituciones y asociaciones con un gran potencial • Se conoce a las personas que trabajan en las entidades. • Favorece la coordinación • Se está visibilizando el poder de la vecindad y la cooperación entre vecinos. 	
¿Existe interacción entre las entidades del barrio para fomentar el uso de los activos para la salud?	81,25%	90,9%	78,94%	83,69%
	Fomento de los paseos cardiosaludables de diferentes entidades, talleres en Centros de Mayores, talleres en diferentes entidades de Educación para la salud.	Coordinación de los Paseos saludables, talleres.	<p>Fomento de los paseos saludables, ferias de salud, grupos de actividad física, Asociación de Vecinos Arrabal y el Centro de Salud.</p> <p>Desarrollo de una Feria de Salud el 14 de mayo coincidiendo con las fiestas populares del barrio.</p>	

**¿Existen
métodos de
comunicación
y difusión de
los activos
para la salud?**

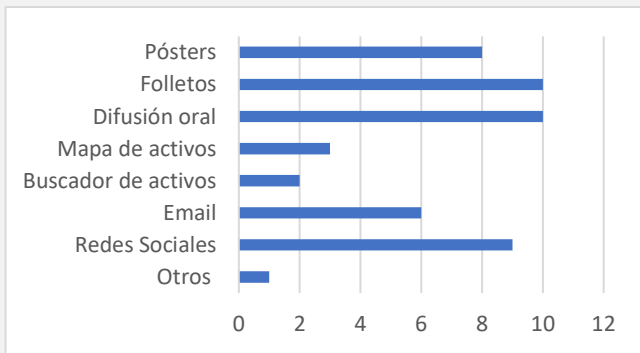
Las Fuentes



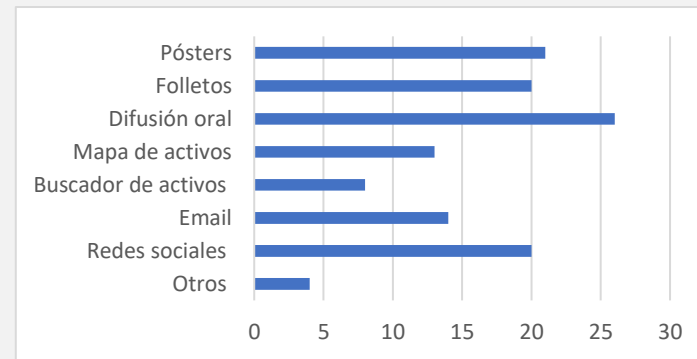
Casetas



Arrabal



Resultados globales



Grado de satisfacción:

	100%	100%	100%
<p>¿Considera que la Red de Salud de Barrio es un buen cauce para fomentar la salud comunitaria?</p>	<p>100%</p> <p><i>“Sirve para crear una red y trabajar de forma coordinada, conociendo lo que se hace en otras entidades para poder detectar las necesidades del barrio y generar nuevas actividades”</i></p> <p><i>“Ayuda a la cooperación entre los distintos profesionales y asociaciones desarrollando un trabajo multidisciplinar, para ofrecer una atención integral al usuario evitando duplicidades”</i></p> <p><i>“Genera un espacio y tiempo para favorecer la coordinación y el trabajo conjunto entre instituciones”</i></p> <p><i>“A la larga mejorará los resultados de salud en el barrio”</i></p>	<p>100%</p> <p><i>“Fomenta la coordinación y la cooperación entre diferentes servicios”</i></p> <p><i>“Se abandona el concepto de salud y sanidad y se le devuelve la capacidad a la ciudadanía”</i></p> <p><i>“Visibiliza los recursos existentes y las actividades”</i></p> <p><i>“Potencia ideas y optimiza recursos, favorece el trabajo comunitario”</i></p> <p><i>“En ocasiones es difícil compaginar las reuniones con nuestro trabajo diario”</i></p> <p><i>“Implica a la población en su salud y en sus autocuidados”</i></p>	<p>100%</p> <p><i>“Aúna el esfuerzo en pro de la salud del barrio, mejora la salud comunitaria del barrio y favorece la equidad”</i></p> <p><i>“Fomenta la coordinación y la cooperación, se ofrecen mejor los servicios ya que en la salud influyen muchos factores”</i></p> <p><i>“Se conseguirá aumentar el bienestar de la población y potenciar la salud con los activos disponibles”</i></p> <p><i>“Es una forma de que los profesionales impulsen acciones de salud comunitaria y se conozcan, es un espacio de coordinación para mejorar la salud de la población”</i></p> <p><i>“Facilita el acceso a los diferentes agentes del barrio”</i></p> <p><i>“Llega a todo el barrio”</i></p>

