

# La acción comunitaria a través de los espacios intersectoriales y su influencia en la salud: un estudio ecológico

Carlos Miguel Sanz Vega, Alba Noriega Pérez, Gloria Antón Martínez  
Centro de Salud La Calzada II, Gijón, Principado de Asturias

Contacto: [roni\\_carlos\\_12@hotmail.com](mailto:roni_carlos_12@hotmail.com)

Manuscrito recibido: 13/12/2019

Manuscrito aceptado: 13/01/2020

## Cómo citar este documento

Sanz-Vega CM, Noriega-Perez A, Antón-Martínez G. La acción comunitaria a través de los espacios intersectoriales y su influencia en la salud: un estudio ecológico. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2020 Mayo; 8 (2): 05-17.

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar el desarrollo de actuaciones intersectoriales de salud comunitaria realizadas en el ámbito municipal.

**Método:** Estudio descriptivo ecológico. La población a estudio han sido los 78 municipios del Principado de Asturias. Los referentes de salud municipales respondieron un cuestionario online adaptado de la Guía de Salud Comunitaria del Observatorio de Salud en Asturias; además se recogieron las variables: determinantes, activos y resultados de salud. Los métodos de análisis utilizados han sido cuantitativo univariante, bivariante y de regresión lineal múltiple, así como cualitativo para la identificación de dificultades.

**Resultados:** Obtuvimos respuesta del 73% de municipios (correspondiente al 88% de la población asturiana), de los que el

70,2% tuvo algún espacio intersectorial. Los municipios sin espacios de coordinación, con menor renta y densidad poblacional se asociaron a mayores tasas de mortalidad bruta (+36,1%). 36 referentes identificaron las principales dificultades en la dinamización de la acción comunitaria: la escasez de recursos humanos, económicos y temporales y la continuidad de programas.

**Conclusiones:** En el trabajo intersectorial, primó la fase de acción frente a la evaluación y priorización. Los espacios de trabajo intersectorial, junto a los activos y determinantes de salud, parecieron disminuir la tasa bruta de mortalidad. Dada la repercusión de estos espacios en la salud poblacional y las dificultades identificadas, se justificó la necesidad de impulsar su desarrollo.

## Palabras clave:

Participación de la comunidad, Salud pública, Evaluación de resultado (atención de salud), Colaboración intersectorial.

# Community action through intersectoral worktables and its influence on health: an ecological study

## Abstract

**OBJETIVE:** to assess the development of these community interventions executed at municipal level.

**METHODS:** Descriptive ecological study. 78 municipalities in Principality of Asturias have been the population under study. Municipal health agents answered an online survey adjusted from "Guía de Salud Comunitaria del Observatorio de Salud de Asturias" in addition to collecting health determinants variables, assets and results. The quantitative analysis methods were based on univariate, bivariate and linear regression analysis. The troubles at co-production identifies were analyzed by qualitative analysis.

**RESULTS:** 73% of the municipalities answered the survey (88% of the population). 70,2% out of 73% of the municipalities have got some type of intersectoral roundtables, in addition to lower income and population density, were associated to a higher crude mortality rate (+36,1%). 36 agents named the main issues to stimulating the community action: shortage of time, personnel and economic resources as well as the lack of continuity of the interventions.

**CONCLUSIONS:** at the intersectoral worktables, Action phase prevailed over Evaluation and Proritize phases. Intersectoral worktables, together with health determinants and assets, seemed to reduce the crude mortality rate. The necessity of boosting the intersectoral worktables development is due to effect of the intersectoral on population health and the identified issues.

## Keywords

*Community Participation, Public Health, Outcome assessment (health care), Intersectoral Collaboration*

## Introducción

Los determinantes de la salud constituyen el conjunto de factores que condicionan la salud de los individuos y las poblaciones en las que habitan. Dentro de los principales determinantes, además

de los factores biológicos, también se encuentran los estilos de vida, los factores socioeconómicos o las características ambientales y del entorno en el que reside la población (1, 2).

Un elemento clave para reforzar la salud poblacional es la coproducción en salud

en el ámbito municipal, incluyendo una perspectiva de salud en todas las políticas. Este hecho se basa principalmente en el trabajo intersectorial de los diferentes agentes locales. Las acciones que desarrollan dichos agentes pueden ir desde la puesta en marcha de actuaciones en diferentes ámbitos, hasta actuaciones preventivas o acciones de promoción de la salud y la asistencia sanitaria. En el ámbito local existen diferentes espacios de trabajo, tales como los consejos de salud o las mesas intersectoriales.

En estos espacios locales participan diferentes entidades, tanto sanitarias como no sanitarias, aportando recursos y tratando de influir en las condiciones de vida de la población de forma organizada, coordinada y con unos objetivos comunes (1-3).

Dentro del trabajo llevado a cabo por estos grupos en el ámbito municipal, la participación es el elemento clave. Esta participación constituye el mecanismo mediante el cual los distintos agentes de la comunidad se involucran y colaboran de forma activa en los procesos comunitarios, respondiendo a sus propias necesidades de salud (1, 4, 5).

En la implementación de estos modelos de trabajo se han observado diversas problemáticas, principalmente a nivel organizativo y de coordinación. Entre las principales, cabría destacar: intervenciones simultáneas con un mismo fin, saturación de los recursos humanos disponibles, dificultad en la sostenibilidad de los proyectos y grandes variaciones ligadas al contexto político. También destaca la falta de análisis previo de la situación de salud y la ausencia de evaluación posterior, tanto de los espacios de participación local como de las intervenciones y programas llevados a cabo (1).

En cuanto a la relación entre las intervenciones comunitarias y su posible impacto en los resultados de salud de la población, solo se ha identificado como antecedente un único trabajo a nivel nacional, llevado a

cabo por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (6-10). En este trabajo, se llevó a cabo una clasificación de los distintos barrios de la ciudad de Barcelona según su nivel de desarrollo comunitario, para estudiar su relación con las características socioeconómicas de la población y sus indicadores de salud. Como conclusiones principales, se plantea que es necesario llevar a cabo más trabajos para evaluar el impacto de estas acciones comunitarias en la salud. A nivel internacional, se ha identificado un trabajo que determinó una disminución de la mortalidad por causas prevenibles, donde existen estructuras intersectoriales de trabajo en el campo de la Salud Pública (11).

Existe escasa evidencia sobre la clara efectividad de las acciones comunitarias en la mejora de la salud en población sana. La mayor parte de la bibliografía consultada, estudia actividades en grupos específicos de personas ya enfermas, sin tener en cuenta los resultados en salud de las actividades de promoción en la población sin enfermedad (3). En una revisión sistemática sobre las intervenciones comunitarias, se señala un impacto de las mismas en la autogestión de enfermedades crónicas, en el aumento en la realización de la actividad física y en el control de riesgos cardiovasculares. Además, concluyen que son necesarios más estudios sobre el diseño de las intervenciones y sobre sus efectos en los resultados de salud (5).

Teniendo en cuenta este análisis previo, se ha planteado la realización de este trabajo, ya que no existen estudios anteriores donde se analice la situación en la que se encuentran los espacios de trabajo intersectorial y su relación con los resultados de salud de la población.

## Objetivos

### General:

Evaluar el desarrollo de actuaciones intersectoriales de salud comunitaria llevadas a cabo en el ámbito municipal.

### Específicos:

- Determinar la relación entre el desarrollo de espacios intersectoriales de trabajo comunitario y la tasa bruta de mortalidad.
- Identificar dentro de las variables de estudio aquellas con un mayor peso explicativo en la mortalidad de la población.
- Analizar las principales dificultades que afrontan los municipios en el proceso de la acción comunitaria.

## Método

### Diseño

Estudio descriptivo ecológico, con análisis cuantitativo para los tres primeros objetivos específicos y análisis cualitativo para el cuarto objetivo específico.

### Población

La población a estudio son los 78 municipios del Principado de Asturias, sin técnicas de muestreo.

### Criterios de inclusión

Municipios asturianos con referente de salud con datos de contacto disponible. Definimos referente de salud como cargo técnico o político que ha sido facilitado a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad como interlocutor principal del ayuntamiento en materia de salud pública.

## Instrumentos y recogida de datos

Para la recogida de los datos sobre las estructuras intersectoriales se ha utilizado un cuestionario adaptado de elaboración propia a partir de la Guía de Salud Comunitaria del Observatorio de Salud en Asturias (1).

El cuestionario está formado por varios apartados, el primero de ellos recoge información acerca de los referentes de salud, sobre el municipio y sus activos en salud. El segundo evalúa el nivel de desarrollo de los espacios intersectoriales y se divide en 6 fases, con un total de 32 preguntas. Las alternativas de respuesta son: "sí" (1 punto), "no" (0 puntos) o "en proceso" (0,5 puntos). La primera fase analiza la existencia o no de espacio intersectorial, el tipo de espacio y su organización. En caso de que no exista, se pasa directamente a la fase 2. En esta, se pregunta sobre el conocimiento de la población y de sus necesidades de salud. La siguiente fase consta de preguntas sobre la priorización de problemas y la toma de decisiones. Las fases 4 y 5 indagan en las acciones llevadas a cabo y, por último, la fase 6 analiza la existencia de evaluación. En todas las fases se ha tenido en cuenta la existencia de participación y de comunicación durante dicho proceso. El último apartado consta de una pregunta abierta sobre las dificultades percibidas del trabajo de estos espacios.

Para llevar a cabo la recogida de información se ha enviado un correo electrónico a los responsables de salud, dándoles acceso a un cuestionario online auto-administrado (elaborado en Google Forms) y, posteriormente, se ha contactado telefónicamente en aquellos casos en que los destinatarios no respondían al cuestionario o tenían dudas respecto al mismo.

Previo a su envío, se ha realizado una validación de la forma del cuestionario mediante la evaluación de tres representantes de distintos municipios.

A modo explicativo, el total de variables estudiadas y sus fuentes de información aparecen recogidas en la Figura 1.



FUENTE	Cuestionario SADEI <sup>a</sup>	Cuestionario SADEI <sup>a</sup>	Observatorio de Salud de Asturias	SADEI <sup>a</sup>
VARIABLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Municipio: tipo, población y densidad.</li> <li>- Responsable: edad, sexo y cargo municipal.</li> <li>- Calidad interna de acción comunitaria: 32 preguntas + puntuación global.</li> <li>- Dificultades de acción comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renta disponible.</li> <li>- Libros/habitante.</li> <li>- Asociaciones registradas.</li> <li>- Asociaciones activas.</li> <li>- Actividades y recursos registrados en Asturias Actúa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posición ranking.</li> <li>- Z-score.</li> <li>- Sedentarismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa bruta de mortalidad.</li> </ul>

<sup>a</sup>SADEI = Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales.

## Plan de análisis de los datos

### Análisis cuantitativo

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo univariante de los datos obtenidos, previa depuración de inconsistencias y errores de codificación. La descripción de las variables cuantitativas se ha realizado a partir de la media y la desviación estándar y las variables cualitativas a través de frecuencias.

También se ha llevado a cabo un análisis bivariante, utilizando la tasa bruta de mortalidad como variable dependiente. Para el estudio de las relaciones en el análisis bivariante se utilizó la prueba de correlación de Pearson para variables cuantitativas y el test de ANOVA para estudiar la diferencia de medias. En la Tabla 1 se muestran las variables y sus índices de correlación de Pearson. Se identifican aquellas variables en las que se han detectado diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Se ha realizado una comprobación previa de la distribución normal utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se ha efectuado un análisis de regresión lineal múltiple para identificar las variables asociadas de modo independiente a la tasa

bruta de mortalidad. Utilizando el método Enter y usando como variables predictoras aquellas que habían mostrado resultados significativos en el análisis bivalente.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

### Análisis cualitativo

En primer lugar, se recogieron y agruparon las principales dificultades identificadas por los responsables municipales. Posteriormente, se ha realizado una primera lectura por pares, identificando y agrupando en categorías las principales dificultades, señalando las que han sido expresadas de forma más repetida. Por último, estas categorías se han dividido en: dificultades dentro de la propia población, dificultades del trabajo de los espacios intersectoriales y dificultades por parte de la administración local.

## Resultados

### Análisis univariante

- Referentes municipales:

En cuanto a los responsables de salud, respondieron a nuestro cuestionario un total de 46 personas, representando algunos

Tabla 1. Prueba de correlación de Pearson. Principales resultados del análisis bivalente

Variables	Mortalidad Bruta SADEI
Características sociodemográficas	-
Población del municipio (habitantes)	-0,313 <sup>a</sup>
Densidad de población	-0,45 <sup>b</sup>
Renta disponible	-0,538 <sup>b</sup>
Activos de salud	-
Libros por habitante	0,31 <sup>a</sup>
Tasa de asociaciones activas x 1,000 habitantes	0,087
Tasa de activos x 1,000 habitantes	0,147
Cuestionario de acción comunitaria	-
Total puntuación intervención comunitaria	0,01
Total puntuación Fase 1	-0,052
Total puntuación Fase 2	-0,017
Total puntuación Fase 3	0,037
Total puntuación Fase 4	0,009
Total puntuación Fase 5	0,051
Total puntuación Fase 6	0,026
Total de ejes de equidad incorporados	0,033
Determinantes	-
Ranking determinantes	-0,222
Z score determinantes	-0,288a

Fuente: Elaboración propia.

<sup>a</sup> La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

<sup>b</sup> La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

de ellos varios municipios a la vez. El 82,6% son mujeres y el 17,4% restante hombres, con una edad media de 47,27 años. A su vez, el 76,1% de los responsables se corresponden a técnicos de salud y el otro 23,9% a cargos políticos.

- Tasa de respuesta y características de los municipios:

En lo referente a los municipios, obtuvimos respuesta de 57 municipios (73%), que corresponden al 88,10% de la población asturiana. De los municipios con respuesta, el 66,7% fueron poblaciones rurales, el 28,1% semiurbanas y el 5,3% urbanas (rural de 0-10.000, semiurbano de 10.000-50.000 y urbano >50.000 habitantes).

- Activos en salud:

Se identificaron una media de 19,95 actividades y/o recursos por municipio

registrados en la base de datos de Asturias-Actúa en salud, equivalente a una tasa de 3,99 activos por cada 1.000 habitantes. Se identificaron una media de 54,96 asociaciones activas por municipio, lo que se traduce en una tasa de 6,22 asociaciones por cada 1.000 habitantes.

El número de libros/habitante disponibles se sitúa en una media de 4,06 y la renta disponible/habitante en municipios rurales es de 15.303,47€, en los semiurbanos de 16.335,94€ y en los urbanos de 16.878,67€ (con una media regional de 15.676,19€).

- Características de los espacios intersectoriales.

En la Tabla 2 se recogen los resultados sobre el nivel de desarrollo comunitario de los espacios intersectoriales identificados en el ámbito municipal.

**Tabla 2. Resultados de calidad interna de los espacios intersectoriales**

FASE/PREGUNTA	SI%	NO%	E/P%
<b>Fase 1 - Trabajar juntos</b>			
1. ¿Hay espacios de coordinación?	70,2	19,3	10,5
2. ¿Se analizó si existen otros espacios de coordinación?	79,6	18,4	2
3. ¿Se ha consensado la composición del espacio?	74	22	4
4. ¿Se han consensado los objetivos?	74	18	8
5. ¿Se ha comunicado a la población su existencia?	62	24	14
<b>Fase 2 - Identificar</b>			
6. ¿Se han definido las características de la población?	71,9	12,3	15,8
7. ¿Se han identificado los problemas de salud?	56,1	22,1	22,8
8. ¿Se ha incluido la perspectiva de Salud en todas las Políticas?	33,3	31,6	35,1
9. ¿Se han identificado sus activos?	57,9	8,8	33,3
10. ¿Se han compartido los resultados?	43,9	29,8	26,3
<b>Fase 3 - Priorizar</b>			
11. ¿Se ha realizado algún tipo de priorización?	43,9	33,3	22,8
12. ¿Se han establecido criterios para la priorización?	36,8	35,1	28,1
13. ¿Se han utilizado metodologías participativas?	52,6	35,1	12,3
14. ¿La priorización ha sido consensuada?	42,1	33,3	24,6
15. ¿Se ha comunicado la priorización?	35,1	33,3	31,6
<b>Fase 4 - Buscar intervenciones que funcionen</b>			
16. ¿Se han identificado programas de salud?	29,8	43,9	26,3
17. ¿Se ha analizado el posible impacto que pueden tener?	7	63,2	29,8
18. ¿Se han revisado las recomendaciones generales?	49,1	42,1	8,8
19. ¿Se han identificado iniciativas similares?	43,9	36,8	19,3
20. ¿Se han creado nuevos programas?	26,3	40,4	33,3
<b>Fase 5 - Actuar</b>			
21. ¿Ha participado el espacio de coordinación?	35,1	40,4	24,6
22. ¿Se ha definido un plan de acción?	38,6	35,1	26,3
23. ¿Se ha construido a partir de las necesidades poblacionales?	47,4	28,1	24,6
24. ¿Se ha planificado en función de los recursos disponibles?	47,4	28,1	24,6
25. ¿Se ha elaborado un plan de comunicación?	31,6	36,8	31,6
<b>Fase 6 - Evaluar</b>			
26. ¿Se ha realizado una evaluación estructurada?	15,8	59,6	24,6
27. ¿Se han recogido indicadores de evaluación?	14	61,4	24,6
28. ¿Se han utilizado metodologías participativas?	19,3	59,6	21,1
29. ¿Se han identificado acciones de mejora?	17,5	52,6	29,8
30. ¿Se han comunicado los resultados de la evaluación?	10,5	66,7	22,8

Fuente: Elaboración propia.



El 70,2% de los municipios cuentan con algún espacio de coordinación, siendo el más frecuente los consejos de salud (45,6%), seguido de las mesas intersectoriales (26,3%) y las escuelas de salud (22,8%).

El 71,9% de los municipios definieron las características de la población con la que trabajan, el 56,1% identificó sus problemas de salud y el 57,9% llevó a cabo una identificación de los activos con los que contaba. En cuanto a la perspectiva de salud en todas las políticas, sólo el 33,3% de los municipios afirma tenerla en cuenta.

El 43,9% de los ayuntamientos ha realizado algún tipo de priorización y sólo el 36,8% ha establecido criterios previos para realizarlo.

El 29,8% de los municipios ha identificado los programas de salud ya existentes, el 43,9% ha buscado iniciativas desarrolladas en entornos próximos y el 26,3% ha creado nuevos programas de actuación. Además, el 49,1% afirma haber revisado las recomendaciones de las agencias de salud, pero sólo el 7% ha analizado el

posible impacto de los programas desarrollados.

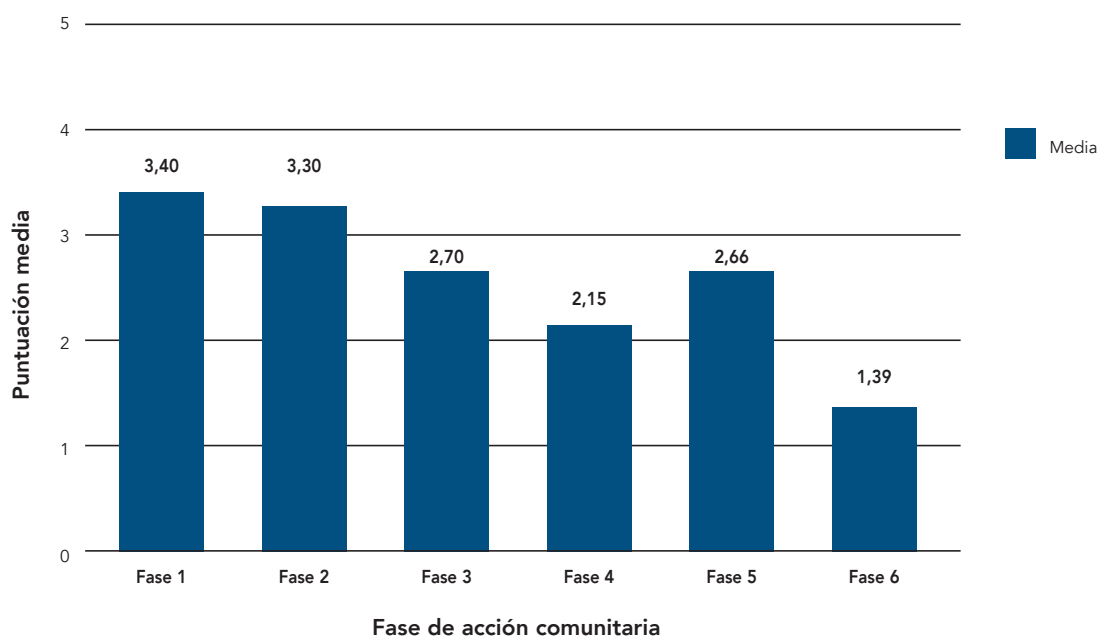
Tan sólo el 38,6% de los municipios ha definido su plan municipal de acción en salud, habiendo participado únicamente el 35,1% de los espacios de coordinación en su elaboración.

El 84,2% de los ayuntamientos no ha realizado una evaluación estructurada de la acción comunitaria, por lo que sólo se han identificado áreas de mejora en el 17,5% de los casos.

En cuanto a las metodologías participativas, se han obtenido bajas tasas de respuesta en su utilización en la fase 3 (47,4%) y la fase 6 (80,7%). Del mismo modo, la no comunicación de las diferentes acciones contempladas ha sido escasas en la fase 2 (56,1%), fase 3 (64,9%), fase 5 (68,4%) y fase 6 (89,5%).

En la Figura 2 se observa la evolución de las puntuaciones medias en cada una de las fases. Así mismo, la media de puntuación total en el proceso de acción comunitaria es de 15,6 puntos (0-30 puntos).

Figura 2. Evolución de las puntuaciones medias en las diferentes fases del proceso comunitario





## Análisis bivalente

Se llevó a cabo un análisis bivalente utilizando como variable dependiente los datos de mortalidad bruta para cada uno de los municipios seleccionados en el periodo 2014/15. Como variables independientes se utilizaron las características sociodemográficas de la población, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de acción comunitaria, los indicadores relacionados con activos de salud monitorizados y las puntuaciones de determinantes de la salud extraídas del OBSA. En la Tabla 1 se puede consultar los principales resultados de la prueba de correlación de Pearson realizada.

Las características sociodemográficas, así como puntuaciones más bajas en determinantes de salud de la población muestran una relación inversa con los datos de mortalidad. Por tanto, en aquellos municipios con menor población y renta disponible o con puntuaciones más bajas en los determinantes de salud se identifican tasas de mortalidad más elevadas.

Posteriormente se llevó a cabo la evaluación de las diferencias en las tasas de mortalidad bruta en función de la existencia de espacios de coordinación intersectorial. Se

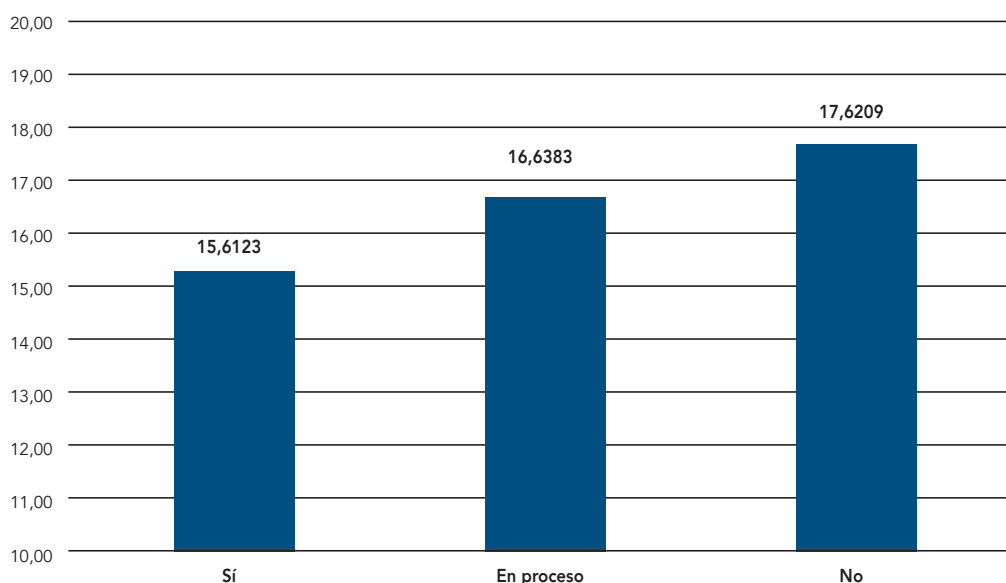
establecieron comparaciones entre aquellos municipios en los que existían espacios de estas características, frente a otros municipios en lo que o no existían o se encontraban en proceso de constitución.

A pesar de que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas, los municipios que disponían de espacios intersectoriales mostraban tasas de mortalidad inferiores respecto a aquellos en los que no existían o se encontraban en proceso de constitución. En la Figura 3 se puede consultar las tasas de mortalidad en función de la existencia de dichos espacios.

## Análisis de regresión lineal múltiple

El modelo desarrollado explica un 36,1% de la varianza de nuestra variable dependiente en base a tres variables independientes: la renta disponible, la densidad de población y la disponibilidad de espacios de coordinación. Residir en aquellos municipios que no dispongan de espacios de coordinación y con una menor renta disponible y densidad de población se asocia de manera independiente con unas tasas más elevadas de mortalidad bruta.

Figura 2. Evolución de las puntuaciones medias en las diferentes fases del proceso comunitario



En la Tabla 3 se pueden consultar los resultados del análisis de regresión lineal múltiple realizados.

Tabla 3. Análisis de regresión lineal múltiple utilizando como variable dependiente la tasa de mortalidad bruta					
Resumen del modelo					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tipo de la estimación	
1	,629	,396	,361	3,30716	
Coeficientes					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig
	B	Error tip.	Beta		
(Constante)	49,003	9,204		5,324	,000
1					
Densidad de población	,004	,002	-,299	-2,428	,019 <sup>a</sup>
Renta disponible por habitante	-,002	,001	-,396	-3,255	,002 <sup>b</sup>
Existencia de espacios de coordinación	-2,505	1,116	-,243	-2,245	,029 <sup>a</sup>

Elaboración propia.

<sup>a</sup> La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

<sup>b</sup> La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Análisis cualitativo

Del total de 55 cuestionarios, 36 referentes comentaron las dificultades percibidas correspondientes a 41 municipios.

En cuanto a la población, las dificultades más señaladas han sido la alta tasa de envejecimiento, poblaciones dispersas, baja participación y escasa implicación. Otras dificultades citadas están relacionadas con: demasiadas actividades en una misma población, dificultades geográficas y de desplazamiento, escasa percepción de los problemas por parte de la población, tener una zona rural y urbana en un mismo municipio con necesidades muy distintas y la falta de representación de grupos minoritarios.

La principal dificultad que achacan a la administración local es la realización de acciones comunitarias según líneas de subvención e intereses políticos, afectando los cambios directivos a la continuidad de los proyectos y a la priorización de los mismos

según intereses particulares y no según las necesidades identificadas en la población.

Otras dificultades identificadas, son la resistencia por parte de las corporaciones locales a poner en marcha estructuras participativas, así como la falta de colaboración, afirmando que la administración no comprende la acción comunitaria y se conforma con resultados en participación muy bajos.

La mayoría de aportaciones han sido sobre las dificultades del desempeño diario. Más de la mitad de referentes han manifestado falta de recursos humanos, seguido de la escasez de recursos económicos y temporales. Otro de los grandes impedimentos es la dificultad para coordinar el trabajo intersectorial, declarando varios referentes no tener un coordinador al que dirigirse.

También se han identificado los siguientes problemas: la falta de identificación y priorización de necesidades, así como de continuidad y formación en acción comunitaria, la escasez de implicación y de

motivación del personal implicado y, por último, el desconocimiento de los recursos y programas ya existentes.

## Discusión

### Limitaciones

Ante la escasa bibliografía y la novedad del estudio, se ha utilizado un cuestionario sin validar que, a su vez, ha sido pilotado mediante ensayo con 3 referentes de salud.

En cuanto a la relación con los responsables de salud, podemos encontrar el sesgo de observación y el sesgo de memoria. Además, no todos los ayuntamientos de la región cuentan con un responsable de salud nombrado por la Consejería de Sanidad.

Al tratarse de un estudio ecológico, no se pueden identificar relaciones causales entre las variables objeto de estudio. Además, existen numerosas variables confusoras que no se han podido controlar. A esto debemos sumarle, que del tamaño muestral que nos ofrecen los municipios del Principado de Asturias es limitado.

En el análisis de los datos se ha identificado un sesgo temporal, pues los datos obtenidos de resultados de salud de la SADEI son referentes a los años 2014-2015, los encontrados en el OBSA son referentes al año 2016 y los obtenidos con el cuestionario pertenecen al 2017, si bien la evolución de estos datos en este periodo de tiempo puede haber sido mínima.

### Comparación con la bibliografía

En la Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias se describen algunas características de los espacios de participación que se han identificado empíricamente a través de este estudio (1). Entre estas dificultades podríamos destacar la falta de diagnóstico de las necesidades de la población, así como la identificación de sus activos en salud, la ausencia de priorización en las intervenciones y de la realización de evaluaciones.

Entre estas dificultades podríamos destacar la falta de diagnóstico de las necesidades de la población, así como la identificación de sus activos en salud, la ausencia de priorización en las intervenciones y de la realización de evaluaciones.

Únicamente contamos con dos estudios similares:

El estudio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (6-10), presenta un avance de resultados que podrían reforzar nuestra hipótesis de que la acción comunitaria modifica positivamente la salud. En los barrios con mayor acción comunitaria mejora la salud auto percibida en mujeres y la deshabituación tabáquica en ambos sexos.

Los resultados del estudio de Mays (11), señalan una disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes y gripe en comunidades que han incrementado su red multisectorial de actividades en salud. En cambio, nuestro estudio no diferencia la etiología de la mortalidad, pero sí constata una disminución de la misma.

### Aplicabilidad práctica

Aunque no se pueda concluir sobre la relación entre el trabajo desarrollado en los espacios intersectoriales y los resultados de salud, este trabajo apoya la integración de estos espacios dentro de las políticas sanitarias y el fomento de su creación en los municipios donde no existan actualmente.

Este trabajo apoya la integración de estos espacios dentro de las políticas sanitarias y el fomento de su creación en los municipios donde no existan actualmente.

Es necesario promover el desarrollo, estudio y la evaluación del trabajo realizado en estos espacios para conocer el efecto de sus acciones en la comunidad e identificar aspectos a mejorar.

### Directrices para futuras investigaciones

Debido a la escasez bibliográfica y las características metodológicas de este estudio, es necesario contrastar los resultados obtenidos con más investigaciones. Además, sería recomendable conocer la situación de otras comunidades autónomas para obtener mayor evidencia científica, facilitar la comparación de resultados y conocer su evolución temporal. También sería interesante determinar la relación entre los espacios intersectoriales y otros parámetros de salud (morbilidad, calidad de vida...).

Por último, creemos que sería relevante trabajar en la mejora o creación de herramientas que permitan evaluar el desarrollo de la acción comunitaria para facilitar futuros proyectos que favorezcan la identificación y estudio de otros factores de asociación (como podría ser la variable libros/habitante).

## Conclusiones

La mayor parte de los municipios disponen de espacios intersectoriales de trabajo, principalmente Consejos de Salud. A pesar de no identificar diferencias estadísticamente significativas, se observa una disminución de la tasa bruta de mortalidad relacionada con la presencia de estos espacios de trabajo en el ámbito local. Este hecho parece ratificar la influencia que estas variables pueden tener en la salud de la población.

A pesar de no identificar diferencias estadísticamente significativas, se observa una disminución de la tasa bruta de mortalidad relacionada con la presencia de estos espacios de trabajo en el ámbito local.

Las fases de acción comunitaria tienen una dificultad creciente para su implantación, por lo que las puntuaciones medias de cada fase van disminuyendo progresivamente, a excepción de la Fase 5-Acción, que presenta un repunte de actuación. Este hecho da coherencia al ciclo de intervención y las fases establecidas; y podría deberse a que los espacios intersectoriales priman llevar a cabo actuaciones frente a la priorización o evaluación de las mismas.

En el análisis bivalente realizado las variables que presentan un mayor grado de asociación con la mortalidad, son las características demográficas y los determinantes de salud. Además, se identifican otras interacciones que podrían estar influidas por variables confusoras sin relación lógica con el objeto a estudio (como es el número de libros/habitante).

La renta disponible, la presencia de espacios intersectoriales de trabajo y la densidad de población, se presentan como las principales variables explicativas de la mortalidad estudiada.

Las principales dificultades referidas por los referentes en salud son las relacionadas con el desempeño del trabajo diario, destacando la escasez de recursos humanos y económicos. Dada la repercusión de estos espacios de coordinación en la salud de la población y las dificultades identificadas, se justifica la necesidad de impulsar su desarrollo para avanzar en la acción comunitaria.

## Bibliografía

1. Gobierno del Principado de Asturias. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Oviedo: Principado de Asturias, Consejería de Sanidad; 2016.
2. Junta de Andalucía. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Comunidad de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social, Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
3. Cofiño R, Lopez-Villar S, Suárez O. How to work with local communities to improve population health: big data and small data. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71 (7): 657-659.
4. Pascual Barrio B. La evaluación de la intervención comunitaria: un marco para la reflexión. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*. 2007; 14: 129-138.
5. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bulilete O et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med*. 2015; 76: S94-S104.
6. Institut de Govern i Politiques Públiques, Universitat Autònoma de Barcelona. Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. Barcelona; 2016. Disponible en: [http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia\\_operativa-EAC\\_2016.pdf](http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf)
7. Equipo investigador del Institut de Govern i Politiques Públiques, Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut Català de la Salut. Índex i mapa de l'acció comunitària en salut a Barcelona. Bellaterra: Comunidad de Cataluña; 2015.
8. Equipo investigador del Institut de Govern i Politiques Públiques, Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut Català de la Salut. Glossari i evolució de l'acció comunitària en salut a la ciutat de Barcelona. Bellaterra: Comunidad de Cataluña; 2015.
9. Equipo investigador del Institut de Govern i Politiques Públiques, Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut Català de la Salut. Evaluación del impacto de la acción comunitaria en la salud de la población. Avance de resultados de la fase 2 del proyecto RecerCaixa. Bellaterra: Comunidad de Cataluña; 2016.
10. Equipo investigador del Institut de Govern i Politiques Públiques, Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut Català de la Salut. Salut comunitària: una avaluació d'impacte. Document de marc analític i metodològia. Barcelona: 2016.
11. Mays GP, Mamaril CB, Timsina LR. Preventable death rates fell where communities expanded population health activities through multisector networks. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35(11): 2005-2013.