

Informe SESPAS

Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón



Javier Gállego-Diéguez^{a,*}, Pilar Aliaga Traín^a, Carmen Belén Benedé Azagra^b, Manuel Bueno Franco^a, Elisa Ferrer Gracia^a, José Ramón Ipiéns Sarrate^a, Pilar Muñoz Nadal^a, Manuela Plumed Parrilla^a y Begoña Vilches Urrutia^a

^a Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES), Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón, Zaragoza, España

^b Grupo PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de Aragón, Sociedad Aragonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFYC), Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de diciembre de 2015

Aceptado el 23 de mayo de 2016

Palabras clave:

Promoción de la salud
Sistemas de información
Creación de capacidad
Redes comunitarias
Gestión del conocimiento
Empoderamiento
Capital social
Desarrollo comunitario

R E S U M E N

Las redes de experiencias de salud comunitaria promueven la interacción y la gestión del conocimiento en promoción de la salud entre sus participantes. Estas redes integran a profesionales y agentes sociales que trabajan directamente sobre el terreno en pequeños entornos, con objetivos y criterios de inclusión definidos y participación voluntaria. En este artículo se revisan las redes de Aragón para analizar su papel como sistema de información. La Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs), iniciada en 1996, integra actualmente 73 proyectos. La duración media de los proyectos es de 12,7 años. En sus equipos interdisciplinarios participan 701 personas, de las cuales el 89,6% son profesionales y el 10,6% son agentes sociales. La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) integra a 134 centros educativos (24,9% del total de Aragón) y en sus equipos participan 829 profesores/as y miembros de la comunidad educativa, alumnado (35,2% del total), familias (26,2%) y profesionales sanitarios de atención primaria (9,8%). Las redes de experiencias impulsan la participación ciudadana, influyen en el cambio de los determinantes sociales y contribuyen en la formulación de planes y estrategias regionales. Las redes pueden facilitar indicadores para un sistema de información y vigilancia de promoción de la salud sobre la creación de capacidad de los servicios en el territorio, la identificación de activos y modelos de buena práctica, la intersectorialidad y la equidad de las iniciativas. Las redes de experiencias son una oportunidad para generar un sistema de información en promoción de la salud, sistematizando la información disponible y estableciendo criterios de calidad de las iniciativas.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Networks of experiences on community health as an information system in health promotion: lessons learned in Aragón (Spain)

A B S T R A C T

Networks of community health experiences promote interaction and knowledge management in health promotion among their participants. These networks integrate both professionals and social agents who work directly on the ground in small environments, with defined objectives and inclusion criteria and voluntary participation. In this article, networks in Aragón (Spain) are reviewed in order to analyse their role as an information system. The Health Promotion Projects Network of Aragón (Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud, RAPPs) was launched in 1996 and currently includes 73 projects. The average duration of projects is 12.7 years. RAPPs interdisciplinary teams involve 701 people, of which 89.6% are professionals and 10.6% are social agents. The Aragón Health Promoting Schools Network (Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, RAEPS) integrates 134 schools (24.9% of Aragón). The schools teams involve 829 teachers and members of the school community, students (35.2%), families (26.2%) and primary care health professionals (9.8%). Experiences Networks boost citizen participation, have an influence in changing social determinants and contribute to the formulation of plans and regional strategies. Networks can provide indicators for a health promotion information and monitoring system on: capacity building services in the territory, identifying assets and models of good practice, cross-sectoral and equity initiatives. Experiences Networks represent an opportunity to create a health promotion information system, systematising available information and establishing quality criteria for initiatives.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Health promotion
Information systems
Capacity building
Community networks
Knowledge management
Empowerment
Social capital
Community development

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgallego@aragon.es (J. Gállego-Diéguez).

Puntos clave

- Las redes de experiencias de salud comunitaria facilitan la gestión del conocimiento en promoción de la salud entre los profesionales que trabajan en el territorio, los técnicos de los sistemas de información y los responsables de la formulación de políticas de salud.
- Las redes son una importante fuente de información para la vigilancia de la salud y para la implementación de estrategias de promoción de la salud. Pueden aportar información relevante sobre la creación de capacidad en promoción de la salud de los servicios sanitarios, los servicios sociales y los centros educativos: organización y naturaleza de las intervenciones, duración de las iniciativas, composición de los equipos y distribución geográfica.
- Las redes de experiencias como sistema de información proporcionan indicadores para valorar la intersectorialidad, la participación ciudadana, el desarrollo comunitario y la equidad de las actuaciones de promoción de la salud, así como su distribución en el territorio.

Introducción y contexto

La promoción de la salud es el proceso dirigido a aumentar el control sobre los determinantes de la salud por parte de los ciudadanos y las poblaciones. Para ello, incorpora no solamente el enfoque de los factores de riesgo, basados en el déficit, sino que incluye también un enfoque de salud positiva que pone el acento en los factores que potencian la salud de las personas y las sociedades.

El modelo de activos en salud parte de las fortalezas y del patrimonio que tienen las personas, las organizaciones y los grupos sociales para maximizar su salud. Un activo en salud es cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de las personas, las comunidades y las poblaciones para mantener y promover su salud y bienestar^{1,2}.

Según la Organización Mundial de la Salud, una red es una «agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza»³. Características clave son su horizontalidad, la interacción, el intercambio de información y el respeto mutuo, que promueven el sentimiento de pertenencia e integración en la propia red. La gestión del conocimiento entre los participantes de la red es una de sus funciones más importantes.

Las redes de experiencias de promoción de la salud

Las redes crean un espacio de interacción de profesionales y agentes sociales que intervienen directamente en el territorio, los «prácticos» que trabajan sobre el terreno, y puede facilitar el diálogo con los responsables de la toma de decisión en políticas de salud pública, así como con los investigadores y profesionales de los sistemas de información sanitaria. Definimos una red de experiencias de salud comunitaria como aquella que tiene establecidos su finalidad y objetivos, los criterios y sistemas de ingreso, una modalidad de integración de carácter voluntario y una intervención local en pequeños entornos de territorio o de población⁴.

Para analizar el papel de estas redes como sistema de información vamos a utilizar el caso las redes de Aragón, en concreto la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), creada en 1996 con la finalidad de integrar a los equipos interdisciplinarios que desarrollan proyectos locales en los ámbitos sanitario, social y educativo, y la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud

(RAEPS), iniciada en 2009 con el propósito de acreditar a los centros educativos que tienen una trayectoria y un compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad educativa.

En España existen diferentes redes de similares características, como la Red de Actividades Comunitarias (RAC) impulsada por el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)^{5–7}, las redes andaluzas de promoción de la salud^{8,9}, la red Aupa, de Cataluña¹⁰, y la Red Asturias Actúa, integrada en el Observatorio Asturiano de Salud¹¹, entre otras.

Sistemas de información y vigilancia de la salud

Los sistemas de vigilancia de la salud se utilizaron inicialmente en las enfermedades transmisibles y constituyen un elemento clave para las acciones de control de tales procesos. Posteriormente, la vigilancia se ha aplicado también al control de las enfermedades no transmisibles, en especial para el seguimiento de los factores de riesgo relacionados con ellas¹².

Un sistema de información¹³ combina estadísticas vitales y de salud procedentes de múltiples fuentes para obtener información acerca de las necesidades de salud, los recursos de salud, los costes, la utilización de los servicios de salud y los resultados de su utilización por la población de un determinado territorio. En el ámbito de las enfermedades no transmisibles, los sistemas de vigilancia son más complejos porque intervienen una serie de factores diferentes, debido a su multicausalidad y también porque normalmente el tiempo de reacción para la toma de decisiones es diferente que para las enfermedades transmisibles.

El proyecto *European Community Health Promotion Indicator Development* (EUHPID)¹⁴ propone un modelo de sistema de información en promoción de la salud que tiene en cuenta la interacción continua de las personas y su entorno, desde un modelo socioecológico, en el cual el desarrollo de la salud es analizado desde una perspectiva salutogénica (recursos de salud y salud positiva) y patogénica (factores de riesgo y enfermedad). Según este modelo, la monitorización y la mejora de la práctica de la promoción de la salud tienen que obtener información relacionada con la construcción de infraestructuras de promoción de la salud, el seguimiento sistemático del ciclo de acción de salud pública, el desarrollo apropiado de los principios de promoción de la salud y las cinco áreas de acción definidas en la carta de Ottawa¹⁵. Por tanto, la información necesaria a investigar sobre los recursos personales y del entorno desde el modelo de activos está relacionada con el capital social, el empoderamiento, la resiliencia, el sentido de comunidad y las competencias en salud (*health literacy*), entre otros elementos.

Papel de las redes en la vigilancia de la salud

Las intervenciones en promoción de la salud son complejas por su carácter interdisciplinario, intersectorial y adaptado a diferentes contextos, por lo que necesitan adecuados sistemas de información. Las iniciativas de salud comunitaria tienen que analizar los factores de riesgo, los recursos y los activos presentes en cada contexto. La identificación de activos es una fase de los proyectos denominada «mapeo de activos»^{16,17}, un proceso que tiene que ver con las características y las peculiaridades de zonas delimitadas y que pretende visibilizar y movilizar las riquezas y el patrimonio de una comunidad.

También es importante conocer el grado de desarrollo de los servicios sanitarios, sociales y educativos para desarrollar las iniciativas de salud comunitaria. La «creación de capacidad» (*capacity building*) es un concepto utilizado para valorar el grado de desarrollo de las infraestructuras de promoción de la salud. Según Hawe et al.^{18,19}, es un enfoque para el desarrollo continuado de habilidades, estructuras organizativas, recursos y compromiso por la mejora de la salud en los servicios sanitarios, sociales y educativos,

para aumentar la salud de manera continuada. Se trata de analizar las capacidades de los servicios para responder por sí mismos a las situaciones de su contexto de manera sostenible²⁰⁻²³.

En este contexto queremos revisar el papel de las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud complementario de los demás sistemas existentes, analizando los posibles indicadores que resultan del conocimiento y las actuaciones de los/las profesionales que trabajan sobre el terreno integrados/as en dichas redes.

Las redes de promoción de la salud en Aragón

Los objetivos de la RAPPs son promover la innovación en promoción de la salud y el desarrollo de modelos de buena práctica adaptados a diferentes contextos, facilitar la gestión del conocimiento entre los equipos de la red, disponer de una fuente de información que contribuya a la investigación de modelos en promoción de la salud, y fomentar la transferencia con otras redes y sistemas. Puede consultarse información más detallada en la web de la Dirección General de Salud Pública²⁴, el blog de la RAPPs²⁵ y el canal de Youtube del Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES)²⁶.

La RAPPs ha elaborado una serie de principios y criterios de calidad²⁷ en promoción de la salud que sirven como sistema de referencia y de mejora continua, y que incluyen unas herramientas para guiar el desarrollo de los proyectos²⁸. Para integrarse en la RAPPs, los proyectos tienen que cumplir una serie de requisitos. Bienalmente se realiza una convocatoria para la integración de nuevos proyectos en la red²⁹. El proceso de análisis de los proyectos es realizado por el equipo del SARES, que realiza el seguimiento, mientras que la decisión la toma la Comisión Gestora de la RAPPs.

Anualmente los proyectos facilitan información sobre la situación, la evolución y los resultados mediante una ficha de seguimiento³⁰. Además, los equipos que participan en la convocatoria de subvenciones para proyectos de la RAPPs presentan el desarrollo anual del proyecto y su evolución. El análisis de la información y el seguimiento de la red los realiza el equipo del SARES. Se llevan a cabo actividades de formación para la red y cada año se convoca una jornada de encuentro de los equipos de la RAPPs³¹.

A lo largo de los 19 años de funcionamiento, desde 1996, se han producido sucesivas entradas y salidas de proyectos en la red. El número de proyectos que se han integrado en algún momento del periodo es de 120. En la actualidad se mantienen activos 73. La prevalencia media es de 60,8 proyectos activos por año (rango: 46-73) y la duración media es de 12,7 años. El 74% de los proyectos

activos tiene entre 11 y 19 años de duración, y el 26% tiene menos de 10 años. De los 73 proyectos activos actualmente, 18 están desde su entrada en la red en 1996. De los 47 proyectos dados de baja, la mayoría (46) lo fueron por no continuidad del proyecto y solo uno fue dado de baja por no cumplir con los criterios de calidad de la RAPPs. Un momento crítico en el desarrollo de los proyectos son los primeros 5 años de su trayectoria, pues el 80,9% de los dados de baja lo hicieron en ese periodo.

Los proyectos integrados pueden ser promovidos por diferentes entidades, y su intervención responde al análisis de la situación local que realiza cada equipo. Por tanto, las áreas de intervención dependen de las necesidades y de los recursos comunitarios identificados para una determinada población. Normalmente, al ser iniciativas que se realizan desde un escenario educativo, sanitario o social, priorizan la intervención de diferentes contenidos. En la [tabla 1](#) se presentan los aspectos de salud abordados, que se han ordenado por su frecuencia (de mayor a menor), en 2015. Hay temas que han aumentado en los proyectos en comparación con el inicio de la RAPPs, especialmente bienestar emocional, actividad física saludable, parentalidad positiva y autocuidados, y otros contenidos han disminuido, como ambiente y salud, prevención de lesiones, prevención de drogodependencias y salud sexual y reproductiva.

Los equipos de los proyectos están constituidos por 701 personas, de las que el 89,6% son profesionales de diversos servicios y el 10,6% son agentes sociales voluntarios/as de diferentes entidades. La composición por grupos profesionales es la siguiente: profesorado 40,8%, trabajo social 11,5%, medicina 11,2%, enfermería 10,7%, psicología 8,8% y educación social 5,9%. La información procedente de los equipos de trabajo también se recoge en los momentos de encuentro y formación. Son ilustrativas las conclusiones y las recomendaciones formuladas en el encuentro de formación inicial para los nuevos equipos de la RAPPs ([tabla 2](#)). Los equipos observan un grado creciente de medicalización de la vida cotidiana y la necesidad de dar otro tipo de respuestas por parte de los servicios. También consideran que es muy importante avanzar en regulaciones que promuevan entornos saludables; por ejemplo, en relación con la alimentación saludable, un mayor control de la publicidad y mejorar el acceso a los productos más saludables.

De los 270 centros participantes en la RAPPs, 105 (38,9%) son centros promotores y 165 (61,1%) son colaboradores. Del total de centros, 93 (34,4%) son centros educativos, 70 (25,9%) son servicios sociales y comunitarios, 52 (19,3%) son asociaciones y organizaciones de iniciativa social, y 51 (18,9%) son centros sanitarios ([tabla 3](#)).

De los 51 centros sanitarios participantes, 23 son promotores y 28 son colaboradores. El grupo principal de centros sanitarios par-

Tabla 1
Contenidos de los proyectos de la RAPPs. Número y porcentaje del total^a en 1996^b y en 2015^c

Materias incluidas en los proyectos	n° proyectos 1996	% proyectos 1996	n° proyectos 2015	% proyectos 2015	Diferencia en %
Bienestar emocional	13	28,3	41	56,2	27,9
Autocuidados	14	30,4	33	45,2	14,8
Prevención de tabaco, alcohol y otras drogas	21	45,7	28	38,2	-7,5
Alimentación	12	26,1	24	32,9	6,8
Actividad física saludable	3	6,5	20	27,4	20,9
Salud sexual y reproductiva	14	30,4	17	23,3	-7,1
Parentalidad positiva	1	2,2	13	17,8	15,6
Ayuda mutua de personas con enfermedades crónicas	0	0,0	9	12,3	12,3
Uso saludable de las TIC	0	0,0	8	11	11,0
Ambiente y salud	13	28,3	7	9,6	-18,7
Prevención de enfermedades	4	8,7	7	9,6	0,9
Cooperación y desarrollo rural	0	0,0	7	9,6	9,6
Fomento del tiempo libre saludable,	3	6,5	6	8,2	1,7
Prevención de lesiones	10	21,7	6	8,2	-13,5

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

^a Cada proyecto puede tener varias vertientes temáticas, por lo que las cifras totales no corresponderían a la suma de proyectos.

^b En su inicio en 1996 existían 46 proyectos.

^c En 2015 existían 73 proyectos.

Tabla 2
Conclusiones sobre el análisis del contexto. Jornada de nuevos equipos de la RAPPs. Zaragoza, 29 mayo de 2014^a

- Se observa en los servicios sanitarios un exceso de medicalización que genera mucha frecuentación y pluripatología, frente a situaciones de soledad, violencia de género, dependencia, abuso de alcohol y estilos de vida no saludables. Es importante reorientar la demanda y buscar la implicación de la ciudadanía y de entidades sociales en la mejora de la calidad de vida.
- El envejecimiento de la población, con el aumento de las enfermedades degenerativas, ocasiona falta de bienestar y de motivación. Hay que mejorar la autonomía y la capacitación para gestionar la salud y facilitar la accesibilidad a recursos y activos que permitan el cambio.
- Falta de decisiones de políticas de regulación sobre el control de publicidad, productos y servicios para poner freno a los entornos no saludables que agravan las desigualdades. Poner el foco en los determinantes sociales de la salud.
- Partir de análisis existentes y realizar un primer diagnóstico rápido sobre el entorno, las necesidades, los recursos y los activos. Conocer cómo vive la gente (forma de vida, cultura, hábitos, miedos, mitos, intereses, sentimiento de pertenencia). Identificar y potenciar las capacidades que tiene la comunidad, trabajando desde lo positivo con un enfoque de activos en salud.
- Utilizar los órganos de coordinación comunitaria existentes y potenciar los cauces del sistema público (Consejos de Salud, Consejos Escolares...) para analizar el contexto. Establecer un espacio para analizar desde diferentes puntos de vista. Mirada y escucha abierta, hablando con las personas: preguntando a los usuarios y a informantes clave sobre necesidades, activos e intereses.
- El análisis es muy dinámico, evoluciona con el proyecto y lo reorienta. Lo institucional también es objeto de análisis: alianzas posibles.
- Potenciar los activos identificados: los recursos de las comunidades, los servicios municipales y sobre todo el equipo multidisciplinario, con preparación y ganas de trabajar.

^a Asistieron 30 participantes de 14 proyectos. Distribución por profesiones: 9 médicos, 6 enfermeras, 4 educadores sociales, 4 técnicos municipales, 3 trabajadores sociales, 2 psicólogos y 2 agentes sociales. Distribución por sectores: 14 procedentes de servicios sanitarios, 9 de servicios comunitarios y asociaciones, y 7 de servicios municipales.

participantes es el de los centros de salud. En este sentido, participan 32 centros de salud (el 26% de los 125 que hay en Aragón), y de ellos 12 son promotores y 20 colaboradores.

Los servicios sociales y comunitarios desarrollados desde el ámbito municipal tienen una importante implicación en la RAPPs. De los 70 servicios participantes, 29 son centros promotores y 41 son colaboradores, destacando los servicios para mujeres y jóvenes (15), los centros municipales de prevención comunitaria de drogodependencias (10) y los servicios de cultura y deporte (9).

Las asociaciones y las organizaciones de iniciativa social tienen una importante trayectoria en la RAPPs. De las 52 entidades participantes, 17 son centros promotores de proyectos y 35 colaboradores. Destaca la participación de las asociaciones de ayuda mutua (25) relacionadas con determinadas patologías de pacientes y personas cuidadoras, o con determinadas transiciones vitales (crianza, envejecimiento). También es considerable la participación de las

asociaciones de vecinos (8), las asociaciones de carácter profesional (8), las asociaciones de mujeres y jóvenes (6), y las organizaciones religiosas (6).

Aragón cuenta con 731 municipios, con una gran dispersión en el medio rural, de los cuales solo 13 (padrón de 2014) tienen una población mayor de 10.000 habitantes, y de ellos nueve participan en proyectos de la RAPPs.

Los proyectos de la RAPPs, aunque realizados en pequeños entornos o con pequeños grupos de población, dirigen su intervención a las cinco áreas definidas en la Carta de Ottawa. Para mejorar las prácticas de promoción de la salud utilizan los criterios de calidad de la RAPPs. En la figura 1 se muestra la información resultante de las fichas de análisis de calidad²⁸ de dos proyectos veteranos de la red, uno urbano, que trabaja con una metodología de investigación-acción-participativa, y otro rural, que ha fomentado la creación de grupos de mujeres para el desarrollo personal y rural. Se observa que el desarrollo de habilidades personales es

Tabla 3
Centros participantes y centros colaboradores de los proyectos de la RAPPs. 2014

Tipo	Promotores	% de los promotores	% promotores por tipo	Colaboradores	% de los colaboradores	% colaboradores por tipo	Total	% total
<i>Centros Sanitarios</i>								
Centro de salud	12	11,4	37,5	20	12,1	62,5	32	11,9
Hospitales	6	5,7	54,5	5	3,0	45,5	11	4,1
Otros centros sanitarios	5	4,8	62,5	3	1,8	37,5	8	3,0
Total	23	21,9	45,1	28	17,0	54,9	51	18,9
<i>Centros educativos</i>								
Colegios	15	14,3	31,3	33	20,0	68,8	48	17,8
IES	9	8,6	37,5	15	9,1	62,5	24	8,9
Otros centros educativos	7	6,7	53,8	6	3,6	46,2	13	4,8
Centros universitarios	3	2,9	37,5	5	3,0	62,5	8	3,0
Total	34	32,4	36,6	59	35,8	63,4	93	34,4
<i>Servicios sociales y comunitarios</i>								
Servicios generales municipales	8	7,6	34,8	15	9,1	65,2	23	8,5
Servicios de Cultura y Deporte	4	3,8	44,4	5	3,0	55,6	9	3,3
Servicios Mujer y Jóvenes	4	3,8	26,7	11	6,7	73,3	15	5,6
Centros Municipales de Prev. Com. de drogas	9	8,6	90,0	1	0,6	10,0	10	3,7
Servicios Sociales	4	3,8	30,8	9	5,5	69,2	13	4,8
Total	29	27,6	41,4	41	24,8	58,6	70	25,9
<i>Asociaciones y organizaciones de iniciativa social</i>								
Usuarios y ayuda mutua	8	7,6	32,0	17	10,3	68,0	25	9,3
Mujer y Jóvenes	2	1,9	33,3	4	2,4	66,7	6	2,2
Profesional	3	2,9	42,9	4	2,4	57,1	7	2,6
Vecinos	2	1,9	25,0	6	3,6	75,0	8	3,0
Religiosa	2	1,9	33,3	4	2,4	66,7	6	2,2
Total	17	16,2	32,7	35	21,2	67,3	52	19,3
Otros centros	2	1,9	50,0	2	1,2	50,0	4	1,5
Total	105	100	38,9	165	100	61,1	270	100

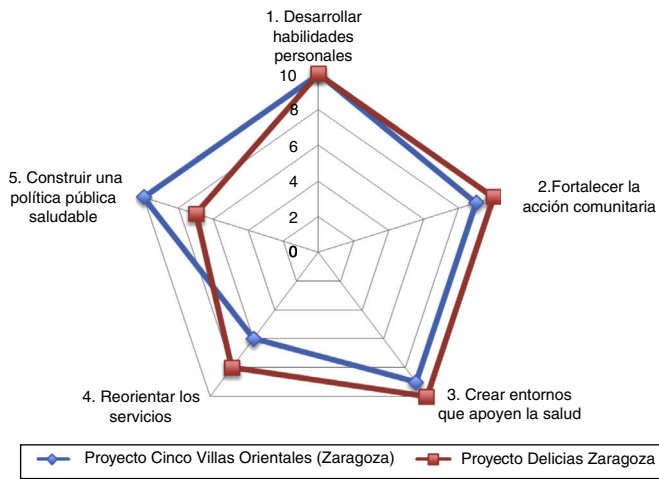


Figura 1. Análisis de la calidad de la promoción de la salud: Proyecto de Cinco Villas Orientales y Proyecto del barrio de Delicias de Zaragoza.

muy alto cuando se utilizan metodologías participativas que usan los grupos como forma de desarrollo personal y social. El fortalecimiento de la acción comunitaria y la apuesta por entornos que apoyen la salud se desarrollan más en la iniciativa urbana, en la cual la interacción con diferentes entidades facilita la mejora de los entornos sociales y la reivindicación sobre los entornos físicos, dado que la entidad principal, la asociación de vecinos, ha realizado propuestas que impulsan la planificación urbana. La construcción de una política pública saludable tiene una mayor valoración en el proyecto rural porque la mediación con los gestores municipales es más clara y directa. Ambos proyectos tienen una valoración más baja en la reorientación de los servicios, que tiene que ver con un cambio en la cultura organizativa de los centros y los servicios de la zona.

La participación del sistema educativo en la RAPPs ha tenido una implicación intensa desde sus inicios. Participan 93 centros educativos (el 34,4%), de los que 34 son promotores y 59 colaboradores. Para consolidar e institucionalizar la colaboración se creó, en 2009, la RAEPS³². En el curso 2014-2015 estaban integrados en la RAEPS 134 centros educativos, un 24,9% del total de los 538 centros que

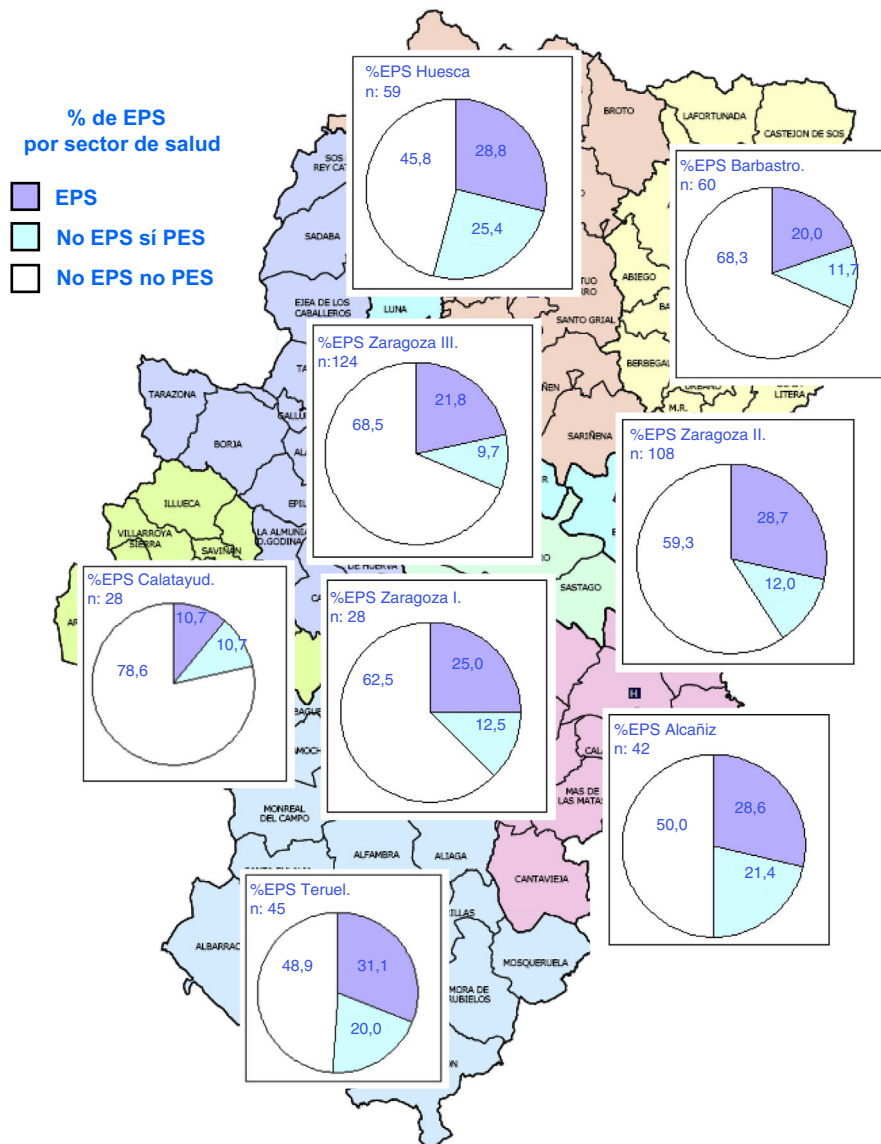


Figura 2. Proporción de centros educativos por sector sanitario que son escuela promotora de salud (EPS) o desarrollan programas escolares de salud (PES) aunque no sean EPS. Aragón, 2015.

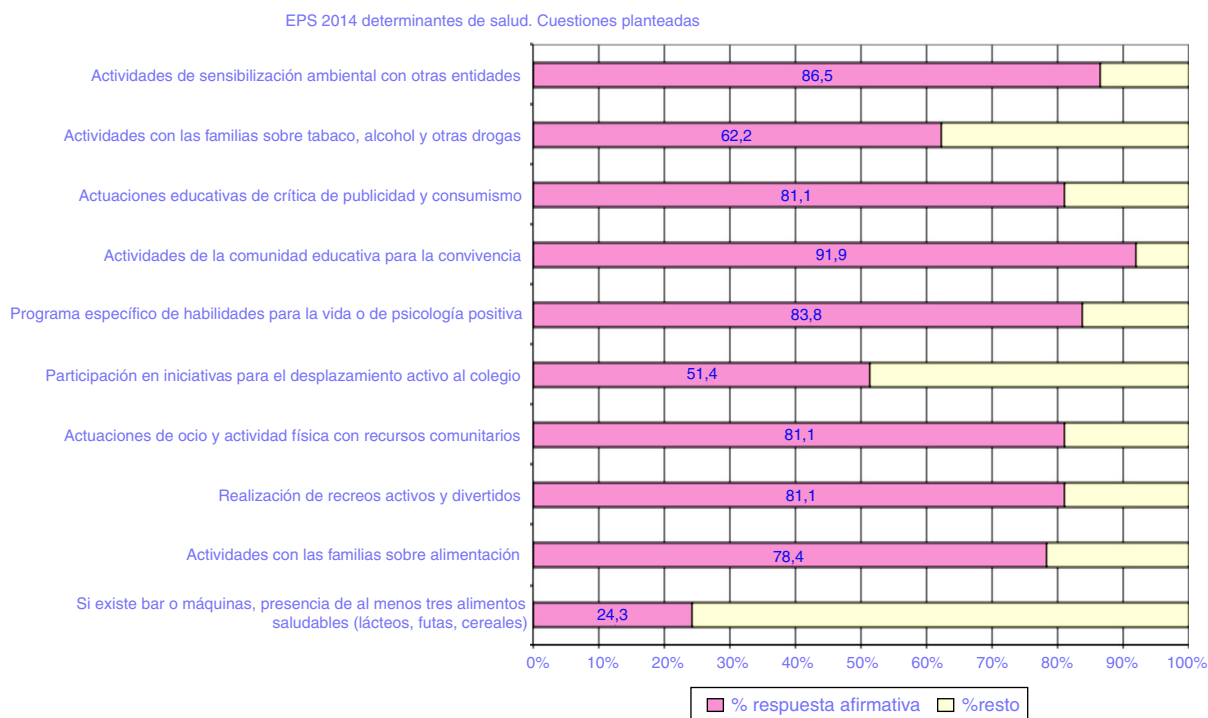


Figura 3. Indicadores sobre determinantes de la salud (entorno, consumos de sustancias y pantallas, salud emocional y convivencia, actividad física y alimentación) en las escuelas promotoras de salud^a.

^a Cálculos sobre los 43 cuestionarios de acreditación en 2014.

imparten la educación obligatoria (Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria) sostenidos con fondos públicos en Aragón.

La proporción de centros integrados es similar en cuanto a su titularidad, aunque los números absolutos son diferentes, con un 24,6% de centros públicos (105) y un 25,9% de colegios concertados (29); y también según el nivel educativo, con un 25,6% en educación primaria (97) y un 26% en educación secundaria (51). Su distribución geográfica por los ocho sectores sanitarios es diferente (fig. 2), tanto la de los centros que son escuela promotora de salud (EPS) como la de aquellos que desarrollan programas escolares de salud (PES) ofertados por el Gobierno de Aragón.

En la RAEPS participan en los equipos de los centros 829 profesores, que imparten educación a 45.204 alumnos (un 23,3% del alumnado de la enseñanza obligatoria). Un aspecto importante es valorar la participación de la comunidad educativa de las EPS en los equipos de los centros: en un 35,2% participa el alumnado, en un 26,2% las familias y en un 9,8% profesionales sanitarios de atención primaria.

La RAEPS, al ser una red que integra a centros de un ámbito muy definido del sistema educativo, permite definir indicadores sobre los cinco determinantes de la salud (alimentación, actividad física, consumos de sustancias y pantallas, salud emocional y convivencia, y entorno saludable y sostenible) que se abordan en las EPS (fig. 3).

Discusión

Las redes de experiencias de Aragón (RAPPs y RAEPS) aportan información relevante sobre la creación de capacidad en los servicios, los procesos de identificación de activos para la salud y el desarrollo de modelos de buena práctica para la formulación de políticas de salud pública.

El análisis de la duración y la sostenibilidad de las iniciativas es un aspecto clave de la creación de capacidad en promoción de la salud. Las redes aportan información sobre los momentos críticos de desarrollo, así como sobre los aspectos que condicionan su continuidad y viabilidad, como son la competencia del equipo de

trabajo y el grado de apoyo y de integración en los centros promotores. También permiten identificar situaciones de debilidad, como el déficit de formación, de inclusión en la cartera de servicios y contrato de gestión de la atención comunitaria en los equipos de atención primaria, información que es contrastada con la de otros estudios^{33,34}. La formación ligada a la experiencia es clave para la creación de capacidad, porque facilita cauces de comunicación, establece un lenguaje común y desarrolla competencias.

La evolución de los contenidos observados en la RAPPs refleja, de alguna manera, las prioridades y los enfoques establecidos en los equipos de trabajo de la red, y ayuda a visibilizar cuáles son los ejes principales de la agenda en promoción de la salud en el ámbito comunitario. El aumento observado de los aspectos relacionados con el bienestar emocional, la actividad física y los autocuidados puede interpretarse como un recorrido que potencia más los aspectos de salud global y los activos comunitarios y personales.

Otro elemento a analizar es el desarrollo de la intersectorialidad: las redes permiten analizar el grado de implicación de los diferentes sectores y su distribución territorial. La «salud en todas las políticas» implica que la salud y el bienestar son objetivos compartidos no solo por los servicios sanitarios, sino también por los centros educativos y los servicios sociales y comunitarios.

Otro aspecto a considerar son las características diferenciales entre el medio urbano y el rural, que son muy importantes a la hora de realizar intervenciones de salud comunitaria. Los sistemas de información geográfica ayudan a analizar la variabilidad en el territorio. Una información de calidad de las redes de experiencias contribuye a mejorar la evidencia disponible^{35,36}.

Las redes permiten analizar la presencia del tejido asociativo como un indicador de participación comunitaria de las iniciativas y del enfoque de activos para la salud. La intensidad de la implicación del movimiento social en la salud comunitaria es una expresión del capital social existente en el territorio y un factor de su desarrollo.

La información de las redes hace posible analizar el enfoque de equidad en promoción de la salud y la distribución de iniciativas de salud comunitaria por las zonas en relación con las desigualdades

sociales. Por ejemplo, la distribución de las EPS en el territorio permite estudiar si este enfoque puede ser una estrategia de universalismo proporcional para fomentar la equidad en salud analizando su presencia en las zonas según los indicadores de nivel socioeconómico.

La información procedente de la RAPPs y la RAEPs ha servido para retroalimentar las políticas de salud pública. Las experiencias desarrolladas han sido de utilidad al elaborar diferentes planes y actuaciones integrales sobre infancia, inmigración, drogodependencias, alimentación y actividad física saludable, y otras iniciativas de salud con perspectiva de género en Aragón. También iniciativas surgidas en la RAPPs se han extendido a otros centros, como el programa *SolSano*³⁷ de protección solar actualmente ofertado a los centros educativos de Aragón.

La información de las redes ayuda a articular las propuestas que se realizan de arriba abajo, como los planes y las estrategias regionales, con las iniciativas de abajo arriba, que surgen de las redes de experiencias. El apoyo de los niveles regionales a las actuaciones locales es más necesario en aquellas que tienen que ver con la creación de entornos saludables, construcción de políticas públicas saludables y reorientación de los servicios.

La principal limitación de las redes de experiencias como sistemas de información es la necesidad de sistematizar la información procedente de iniciativas y ámbitos diferentes, estableciendo criterios, indicadores y momentos de evaluación, de acuerdo con unos modelos teóricos que tengan en cuenta un enfoque socioecológico. Otro reto importante es promover su articulación con los demás sistemas de información, especialmente relacionados con las enfermedades no transmisibles, y su puesta a disposición de los responsables de políticas y de los investigadores en promoción de la salud. El análisis de la información sanitaria municipal y de zona básica de salud es un gran paso para articularse con las iniciativas de salud comunitaria.

Conclusiones

- Las redes de experiencias de salud comunitaria pueden ser un sistema de información que facilite la vigilancia y el desarrollo de políticas de salud pública y promoción de la salud.
- La información aportada por las redes proporciona valor para la creación de capacidad, valorando la sostenibilidad de las iniciativas, la identificación de activos y recursos para la salud, adecuada a la complejidad y la variabilidad de los diferentes contextos, y la valoración de la intersectorialidad y la equidad de las intervenciones.
- La sistematización de la información originada en las diferentes redes de experiencias es clave para su articulación con los demás sistemas de información y para ponerla a disposición de los tomadores de decisiones en salud pública, los investigadores y la sociedad civil.
- El desarrollo de criterios de calidad en promoción de la salud, tal como se dispone en la Ley de Salud Pública española (artículo 16^a.3), facilita la sistematización de las experiencias y de la información disponible.
- Las redes de experiencias promueven la implicación en la salud comunitaria y están dirigidas al cambio de los determinantes sociales de la salud. La información que utilizan es la base para generar la intervención y la capacitación tanto de abajo arriba como de arriba abajo, actuando en todos los ámbitos (político, gestor, técnico, profesional y ciudadano), con la finalidad de promover la participación y el empoderamiento comunitario para generar los cambios profesionales, sociales y políticos dirigidos a la promoción de la salud.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Contribuciones de autoría

Todos los autores y las autoras participaron en la definición y el diseño del trabajo. J. Gállego elaboró la primera versión del artículo. J. Gállego, J.R. Ipiens, E. Ferrer y P. Aliaga participaron en la redacción del manuscrito. M. Bueno, P. Muñoz, M. Plumed y B. Vilches contribuyeron en la adquisición, el análisis y la organización de los datos. C. Benedé participó en la revisión bibliográfica y la comparación con otras experiencias. Todos los autores y las autoras realizaron una revisión crítica del artículo y aprobaron su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los/las profesionales y agentes sociales que participan en los equipos de la RAPPs y la REAPS.

Bibliografía

1. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the public health evidence base: an asset model. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. Health assets in a global context. London: Springer; 2010.
2. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2013;15:78–86.
3. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 1998.
4. Dietscher C. How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved and researched? Health Promotion International. Oxford Journals. 2013. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/09/18/heapro.dat067.Abstract>
5. Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, et al. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). Aten Primaria. 2002;29:26–32.
6. Soler M, March S, Ramos M, et al. Situación de las actividades comunitarias en atención primaria. Informe final. 2008. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
7. March S, Ramos M, Soler M, et al. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. Aten Primaria. 2011;43:289–96.
8. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2013. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
9. Hernán M, Mena AL, Lineros C. Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2013. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://www.easp.es/project/activos-para-la-salud-y-promocion-de-la-salud-mental/>
10. López Torrent E, Forcada Vega C, Miller F, et al. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. Atención Primaria. 2010;42:218–25.
11. Casajuana Kógel C, Cofiño R, López MJ. Evaluación del Observatorio de Salud de Asturias: métricas de web y redes sociales, y opinión de los profesionales de la salud. Gac Sanit. 2014;28:183–9.
12. Comptrini S, McQuinn D. White paper on surveillance and health promotion. IUHPE WARFS GWG. 2011. (Consultado el 22/10/2015.) Disponible en: <http://www.iuhpe.org/images/GWG/WARFS/WARFS.white.paper.draft.may.2011.pdf>
13. Porta M. A dictionary of epidemiology. 5th ed New York: Oxford University Press; 2014 (Consultado el 22/10/2015.) Disponible en: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496>

14. Bauer G, Davies JK, Pelikan J, Consortium on behalf of the ETWG and TE. The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int.* 2006;21:153–9.
15. Carta de Ottawa de la Promoción de la Salud. OMS. 1986. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
16. Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit.* 2013;27:180–3.
17. Suárez O, Arguelles M, Alquézar L, et al. Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿cómo trabajar con ellos? 2015. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2037>
18. Hawe P, King L, Noort M, et al. Indicators to help with capacity building in health promotion. NSW Health Department. Sidney; 2000. (Consultado el 29/11/2015.) Disponible en: <http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2000/capbuild.html>
19. Hawe P, King L, Noort M, et al. Working invisibly: health workers talk about capacity-building in health promotion. *Health Promot Int.* 1998;13:285–95.
20. Aluttis C, den Broucke SV, Chiotan C, et al. Public health and health promotion capacity at national and regional level: a review of conceptual frameworks. *J Public Health Res.* 2014;3 (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4140385/>
21. A framework for building capacity to improve health. NSW Health Department. Sidney; 2001. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://www.redaware.org.au/wp-content/uploads/2014/07/A-Framework-for-Building-Capacity-to-Improve-Health.pdf>
22. Mittelmark MB, Wise M, Nam EW, et al. Mapping national capacity to engage in health promotion: overview of issues and approaches. *Health Promot Int.* 2006;21 (Suppl 1):91–8.
23. Building capacity for health promotion. 7th Global Conference on Health Promotion 2009. WHO. Track 5. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track5/en/>
24. Web de Salud Pública de Aragón. Información sobre la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/PromocionSalud/RedAragonesaProyectosPromocionSalud_RAPPS
25. Blog de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud: información sobre salud pública. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com/es/>
26. Canal de Youtube de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud: información sobre salud pública. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: https://www.youtube.com/playlist?list=PLF6Yvp_UGPoZMBpr3PPfjd_AkJRj1kjm
27. Granizo C, Gallego J. Criterios de calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón; 2001 (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://bit.ly/zycsPV>
28. Gallego J. Criterios de calidad de promoción de la salud. Calidad en promoción de la salud: la experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Zaragoza: Dirección General de Salud Pública; 2013 (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: https://dl.dropboxusercontent.com/u/68772820/Modulo%20inicial%202014/Art%C3%ADculo_Calidad_promocion%C3%BB3n_salud_RAAPS_con_anexos.doc
29. Convocatoria de integración 2015 en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Resolución de 9 de octubre de 2015 del Director General de Salud Pública. BOA 5-11-2015. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://bit.ly/1MN5MNq>
30. Formulario de información básica de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://bit.ly/1S1B1nH>
31. XIV Jornada de la RAPPS. El impulso del trabajo en red. Zaragoza, 17 de febrero de 2014. Disponible en: <https://sites.google.com/site/redaragonesapromociondesalud/xiv-jornada-de-la-red-aragonesa-de-proyectos-de-promocion-de-salud>
32. Convocatoria de integración 2015 en la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS). Orden de 1 de septiembre de 2015 del Departamento de Sanidad, del Gobierno de Aragón. BOA 17/9/2015. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <http://goo.gl/KdA6Cz>
33. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: proyecto frAC. *Gac Sanit.* 2014;28:267–73.
34. Benede Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón. [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015.
35. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESEPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26:88–93.
36. Community engagement. Guidance and guidelines NICE. 2015. (Consultado el 25/10/2015.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph9>
37. Gilaberte Y, Alonso JP, Teruel MP, et al. Evaluation of a health promotion intervention for skin cancer prevention in Spain: the SolSano program. *Health Promot Int.* 2008;23:209–19.