

Informe SESPAS 2018

Municipalismo y salud comunitaria: transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018



Victoria López Ruiz^{a,*}, Javier Segura del Pozo^b, María Paz Pires Gómez^c, Davide Malmusi^{d,g}, Monserrat Vergara Duarte^{e,h} y Elena Pérez Sanz^f

^a Ayuntamiento de Córdoba, España

^b Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, España

^c Participación ciudadana del Ayuntamiento de Avilés (Asturias), España

^d Dirección de Servicios de Salud, Ayuntamiento de Barcelona, España

^e Concejalías de Salud Pública, Políticas de Igualdad, Solidaridad y Cooperación y Consumo, Ayuntamiento de Olesa de Monserrat (Barcelona), España

^f Oficina Valenciana de Acció Comunitaria per a la Salut (OVACS), Subdirecció General de Promoció de la Salut i Prevenció, Direcció General de Salut Pública, Valencia, España

^g CIBER Epidemiología y Salud Pública

^h Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat Assistencial, Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2018

Aceptado el 27 de junio de 2018

On-line el 27 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Redes comunitarias

Ayuntamiento

Salud urbana

Ciudades

Participación comunitaria

Equidad

Determinantes sociales

Promoción de la salud

R E S U M E N

El ámbito municipal, y con él el municipalismo, se configura como un elemento fundamental para el impulso de políticas públicas que mejoren la salud de las poblaciones, incidan sobre los determinantes sociales de la salud y tengan en cuenta de forma transversal la equidad, la participación ciudadana y la intersectorialidad. El objetivo de este artículo es analizar las dificultades y las oportunidades que ofrece el ámbito municipal para poner en marcha iniciativas locales e incidir en la salud de las poblaciones. En él se describe la evolución de los ayuntamientos y de sus marcos competenciales en el contexto sociopolítico actual. Se proponen tres herramientas clave para la acción local: la intersectorialidad, la participación comunitaria, y las redes y el trabajo conjunto con otras administraciones. Se ahonda en la puesta en marcha de estrategias globales como la implementación del enfoque de «salud comunitaria» y «salud en todas políticas» mediante mesas intersectoriales, la formación de estructuras o procesos formales e informales de participación comunitaria, y la realización de planes de salud local en cooperación con otras administraciones. Como medidas para seguir avanzando se propone adaptar las administraciones locales a las nuevas realidades sociales, crear modelos de organización más horizontales y flexibles, recuperar la autonomía local, dotar a los ayuntamientos de recursos, incorporar la evaluación y la búsqueda de la eficiencia, y construir redes y alianzas de gobernanza local.

© 2018 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/>).

Municipalism and community health: transforming through local government. SESPAS Report 2018

A B S T R A C T

Municipalities and local government are an essential element to promote public policies that improve people's health, and impact the social determinants of health, through developing approaches which incorporate equity, community engagement and intersectoral partnership at their core. The objective of this article is to analyze the barriers and opportunities that can be encountered within local governments when interventions aimed at improving people's health are developed and implemented. The evolution of the city councils, their competence frameworks and the current socio-political context are described, and three key tools for local action are proposed: intersectorality, community engagement and working in partnership with other administrations. Global strategies such as the implementation of the "community health" and "health in all policies" approach through cross-sectoral networks/partnerships are described, emphasizing the importance of developing formal and informal structures or processes of community engagement and designing local health action plans in cooperation with other administrations, such as regional and national governing bodies. To continue supporting these forms of local governance, we propose adapting the local administrations to the new social realities, with more horizontal and flexible organization models and resource allocation, integrating efficiency and evaluation processes, reclaiming local autonomy, and building local governance through networks and alliances.

© 2018 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:

Community networks

Local government

Urban health

Cities

Community participation

Equity

Social determinants

Health promotion

* Autora para correspondència.

Correo electrónico: mvloru82@gmail.com (V. López Ruiz).

Puntos clave

- La Administración local y el municipalismo son una herramienta ideal para trabajar en salud comunitaria y para actuar sobre los determinantes sociales de la salud con enfoque de equidad.
- La reducción de competencias y la actual estructura de los ayuntamientos dificultan la acción local en salud.
- La intersectorialidad, la participación y la colaboración con otras Administraciones son cruciales para lograr la «salud en todas las políticas».
- Desde los nuevos municipalismos se están impulsando procesos y alternativas de acción intersectorial basadas en el empoderamiento comunitario y la participación.
- Debemos avanzar en nuevos modelos de Administración más flexibles, que fomenten la innovación y la rigurosidad en los programas municipales, la incorporación de los movimientos sociales y la ciudadanía y el establecimiento de redes y alianzas entre municipios.

Introducción

El ámbito municipal constituye un nivel de gobierno fundamental para impulsar procesos de salud comunitaria, así como políticas e iniciativas que promuevan la salud de la población. La principal oportunidad de trabajar desde la institución municipal es la proximidad de la Administración local a la ciudadanía. Ello permite tanto conocer mejor las necesidades y activos de salud de un territorio como articular y facilitar procesos de desarrollo y participación comunitaria. Esto, unido a la oportunidad del trabajo intersectorial con otros dispositivos municipales y a la proximidad del nivel técnico al político, hace que los ayuntamientos sean lugares privilegiados para la función de agencia de la salud pública y la tan buscada influencia de la salud en las decisiones políticas.

Por ello, los ayuntamientos deben llevar a cabo acciones que trasciendan la mejora de los espacios físicos y los entornos socia-

les, y que incidan sobre todos los determinantes sociales de la salud teniendo en cuenta los siguientes criterios de forma transversal: equidad, participación ciudadana e intersectorialidad¹ (fig. 1). De esta manera, las condiciones de vida y trabajo, que a su vez son determinadas por las políticas sociales, laborales y económicas, influyen en la salud de las personas mucho más que el sistema sanitario. Poner la mirada en la equidad y entender cómo el género, la edad, la clase social, el origen migratorio o la diversidad funcional interaccionan, condicionan o modulan dichos determinantes, nos permite planificar y llevar a cabo políticas e intervenciones más cercanas al origen de las desigualdades, especialmente en el ámbito local².

En este artículo haremos un breve repaso del desarrollo de las administraciones locales para destacar la intersectorialidad, la participación comunitaria y la formación de redes como herramientas clave de la acción municipalista. Por último, analizaremos fortalezas y debilidades del ámbito municipal y trazaremos la hoja de ruta para alcanzar nuestros objetivos: reducir las desigualdades sociales en salud y aumentar el bienestar de las poblaciones.

Desarrollo de la Administración local y sus competencias

Aunque el origen de la salud pública está ligado al de la salubridad municipal (entre los siglos XVIII y XIX)³, si nos referimos a la salud comunitaria, en nuestro país, debemos situarnos en un hito histórico a finales de los años 1970, coincidente con el despertar de la pesadilla franquista. Al poco tiempo de la Declaración de Alma Ata (1978)⁴, España celebra las primeras elecciones democráticas locales (1979). Los nuevos ayuntamientos democráticos se hacen eco del desafío reformista de Alma Ata y de las reivindicaciones históricas del movimiento ciudadano y feminista para ofrecer nuevos servicios y programas de salud que estaban ausentes del sistema sanitario, gestionado entonces por la Administración central. Así se abren los primeros centros municipales de salud o de promoción de la salud, que ofrecen programas de planificación familiar, salud escolar, salud mental y salud materno-infantil. A medida que se desarrolla la red de atención primaria se van desmontando estos

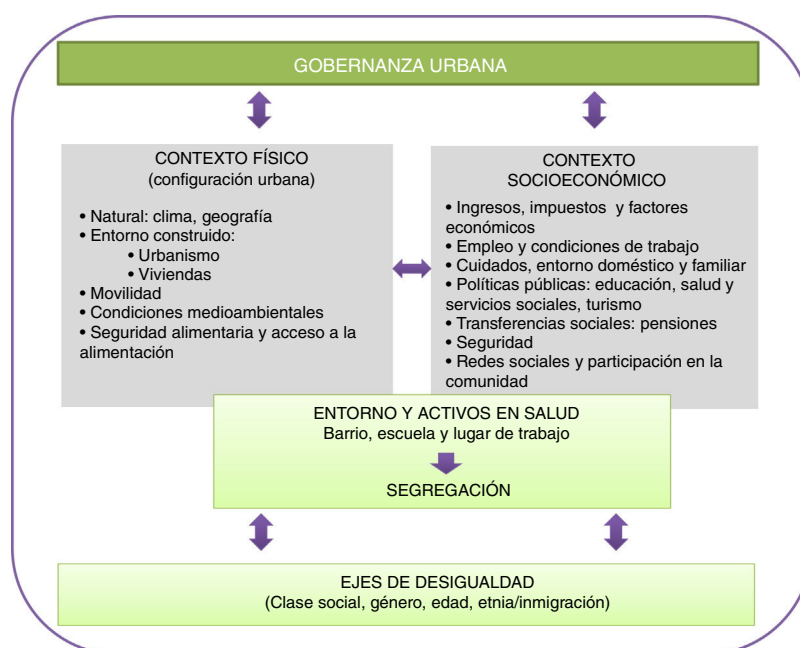


Figura 1. Marco conceptual de las desigualdades en salud en el ámbito urbano. (Modificada de Borrell et al.¹.)

centros y programas, basándose en la creencia de que serían ofertados por los sistemas de salud, progresivamente gestionados desde las comunidades autónomas.

Algunos ayuntamientos conservaron parte de estos recursos sanitarios, focalizados en la promoción de la salud y la salud ambiental, al albur del movimiento de ciudades saludables o de escuelas promotoras de salud⁵. Posteriormente, la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre) supuso un gran avance para la introducción de estrategias intersectoriales en salud pública, además de apostar por un sistema de salud integrado y eminentemente público. Sin embargo, el desarrollo de esta intersectorialidad no ha llegado a ser del todo efectivo en el Estado español, ni la integración de los diferentes niveles competenciales se ha acabado de definir, consolidar ni fortalecer.

Con la llegada de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, precedida por la reforma del artículo 135 de la Constitución Española, se reducen las competencias de los ayuntamientos, clasificándolas en propias (las que pueden ser ejercidas siempre) e impropias (su ejercicio depende de varios factores). Tanto es así que las competencias en salud quedan reducidas a la confusa «protección de la salubridad pública», dejando la promoción de la salud y otras competencias en salud pública condicionadas a la sostenibilidad financiera, la estabilidad presupuestaria y a que no incurran en un supuesto de ejecución simultánea con otra Administración pública⁶. Además del área de salud, otras áreas fundamentales para el ejercicio de la autonomía local se ven perjudicadas por esta ley. Esto, unido a la pérdida de personal por la limitación en las tasas de reposición y la supremacía de los grandes poderes económicos frente a los gobiernos locales, da lugar a Administraciones locales débiles con grandes dificultades para poner en marcha grandes proyectos de ciudad y actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Este contexto puede implicar un agravante de las desigualdades territoriales, tanto de las existentes entre las zonas rurales y urbanas como de las que se observan entre comunidades autónomas, provincias, comarcas y los propios municipios. El desarrollo de políticas de salud pública va a depender en muchos casos de la capacidad gestora, de los recursos de la propia Administración local y del contexto socioeconómico del municipio.

Todo este panorama contrasta con la evolución de la salud pública en otros lugares de Europa, como el Reino Unido, donde debido a la Ley de Localismo de 2010, junto con la reforma de Public Health England de 2013, se produce una descentralización de las competencias en salud y se confiere a los ayuntamientos una gran autonomía local.

La intersectorialidad como clave de la acción comunitaria

La Declaración de Adelaida de salud en todas las políticas⁷ y su posterior consolidación en la Conferencia de Helsinki⁸ establecieron la prioridad de garantizar estructuras, procesos y recursos efectivos que permitan la implementación del enfoque de salud en todas las políticas en todos los gobiernos, a todos los niveles. Sin embargo, en la mayoría de los países de Europa y en los Estados Unidos, este desarrollo ha tenido lugar más en el ámbito nacional que en el resto de los niveles. Solo Finlandia ha priorizado su introducción y desarrollo en el ámbito local, implantando un sistema de gestión que facilita la acción intersectorial⁹.

A día de hoy, encontramos ventanas de oportunidad para instaurar procesos de este tipo desde los gobiernos locales. En la [tabla 1](#) se detallan áreas de actuación clave para promover la salud urbana con impacto en la reducción de desigualdades sociales en salud¹⁰. De hecho, la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud señala a los municipios adheridos la constitución de una

Tabla 1
Áreas de actuación clave para promover la salud urbana¹⁰

Nueve áreas de actuación clave para promover la salud urbana y con impacto en la reducción de las desigualdades sociales en salud:

- Primera infancia
- Escuelas y alumnado saludable
- Empleo de calidad
- Transporte activo y seguro
- Viviendas seguras, accesibles y con suficiencia energética
- Acceso a espacios verdes al aire libre y a los servicios de ocio y cultura
- Comunidades fuertes, bienestar y resiliencia
- Protección de la salud y normativa
- Planificación urbana

mesa intersectorial para la contextualización, el desarrollo, la coordinación, el seguimiento y la evaluación de la estrategia en su territorio, donde estén representadas la alcaldía, la persona coordinadora local y el personal técnico de todos los sectores. Así, la puesta en marcha de procesos de gobernanza en salud¹¹, que actúan sobre los determinantes sociales e incorporan la mirada de equidad, encuentran su espacio natural en mesas intersectoriales, que no necesariamente se lideran desde el área de salud, y que serán más ambiciosas y transversales cuanto más alto sea el nivel político del que dependan.

Como ya se mencionó, algunos ayuntamientos, en especial los de grandes ciudades, han conservado algunos servicios relacionados con la salud, como la atención a las drogodependencias, los servicios de salud escolar y los centros de planificación familiar o de educación afectivo-sexual. Actualmente, la mayoría de estos servicios están siendo desmantelados, pasando a manos de la Administración autonómica o constituyendo islotes de resistencia en el complicado panorama local. Entre estos islotes cabe destacar la estrategia «Barrios Saludables» del ayuntamiento de Madrid. Bajo el lema «de las batas a las botas» se viene gestionando desde 2008 un proceso de reorientación comunitaria de sus 23 Centros Madrid Salud (16 de ellos de ámbito de distrito) hasta convertirlos en centros de promoción de la salud con orientación comunitaria y con un enfoque de determinantes sociales de la salud. Los centros trabajan según programas de salud (con objetivos comunes) y proyectos de centros (objetivos específicos en cada distrito), que son periódicamente evaluados en espacios colectivos de análisis, con el apoyo de un sistema de información que da cuenta tanto de las actividades individuales como de las grupales y comunitarias, así como, dentro de lo posible, de sus resultados, y que además incorpora variables sociales (para evaluar los objetivos de equidad)^{12,13}.

En otros ayuntamientos de ciudades más pequeñas se han buscado estrategias de servicios mancomunados para abordar, por ejemplo, la prevención de consumos de riesgo y las drogodependencias, que complementan la atención que se ofrece en centros gestionados por los servicios de salud.

En muchos ayuntamientos no existen servicios específicos y la acción en salud de estos se centra en el abordaje integral. Por ejemplo, en el sector educativo los ayuntamientos complementan a la Administración autonómica abordando temas como el uso de los patios y los caminos escolares, o generando espacios de coeducación en los espacios públicos donde participan varias delegaciones.

Temas como la movilidad sostenible y la planificación urbanística comienzan a ser espacios de encuentro natural entre diferentes áreas municipales donde la salud tiene un eje central que se entrelaza a menudo con perspectivas feministas y ecologistas¹⁴, con objetivos como la reducción de la contaminación y la mejora de la calidad del aire, el uso del transporte activo, la medición del impacto

en salud de la configuración urbana o la construcción de espacios saludables.

La creación de oficinas de la vivienda o la búsqueda de operadores energéticos se ha generalizado en los últimos años gracias a la actuación de plataformas ciudadanas y al estudio del impacto en la salud de los desahucios¹⁵ o de la pobreza energética¹⁶. La búsqueda de otros tipos de economía y de empleo digno, los programas por la diversidad y la libertad sexual, la protección de colectivos vulnerables como las personas mayores, etc., son algunas de las acciones intersectoriales que podemos encontrar en las que la salud comunitaria desempeña un papel fundamental tanto en su impulso como en la coordinación entre delegaciones y áreas municipales.

La participación comunitaria en los ayuntamientos

En los últimos años se han impulsado, en el ámbito municipal, estructuras de participación ciudadana promovidas desde diferentes niveles. Estos espacios de gobernanza local y de trabajo en red, donde confluyen, en la mayoría de los casos, los niveles político, técnico y ciudadano, se han ido configurando como espacios de reflexión, debate y propuestas sobre políticas de salud pública y comunitaria. Partiendo de un análisis de la realidad en conjunto (mapeos de activos para la salud, identificación de necesidades, etc.) y de la responsabilidad de cada cual, se llevan a cabo programas y actividades que repercuten de manera directa en la mejora de la calidad de vida de la población.

En ocasiones encontramos estructuras reguladas, como los consejos sectoriales de salud, que si bien en muchos territorios, como Aragón y Madrid, también han sido impulsados por las Administraciones autonómicas, en otros han sido generados y dinamizados por las Administraciones locales, convirtiéndose en una herramienta básica para las experiencias y los procesos de acción local en salud, especialmente en zonas rurales. Es el caso, por ejemplo, de las redes de coordinación de programas, procesos y actuaciones que se enfocan en el abordaje de las necesidades de las personas a lo largo de su ciclo vital y que integran diversas perspectivas.

No obstante, queda mucho trabajo por realizar en el fortalecimiento de estos consejos para que no se queden en meros espacios de información o de opinión (como sucede con frecuencia) y puedan ser verdaderos lugares de creación de iniciativas. Una experiencia a destacar es la estrategia de Asturias de sistemas de gobernanza local en salud, que pone énfasis en vincular la información a la acción a través del modelo de activos en salud¹⁷.

Otras veces la participación se genera a través de estructuras más flexibles y fuera de los reglamentos municipales, constituyendo mesas de salud en los barrios o grupos motores en áreas de salud, vinculadas a determinados proyectos o procesos comunitarios, como los proyectos ICI de Marco Marchioni¹⁸ o aquellos que actúan sobre determinantes sociales concretos.

En esta línea, una iniciativa referente es el programa Barcelona Salut als Barris, que ha proporcionado una oportunidad para desarrollar un marco estable, intersectorial y participativo para impulsar intervenciones de salud comunitaria desde la coordinación estratégica de la salud pública municipal y el liderazgo compartido con los y las agentes del territorio¹⁹. El programa, que comenzó hace 10 años, alcanza hoy a 23 de los 73 barrios de Barcelona, seleccionados por su situación socioeconómica y de salud desfavorecida, con la intención de reducir las desigualdades sociales en salud. Desde el diagnóstico y la priorización de problemas hasta el desarrollo de algunas intervenciones, el personal técnico de la Agència de Salut Pública de Barcelona comparte el proceso de desarrollo en mesas de trabajo con la vecindad y con profesionales de diversos ámbitos: a finales de 2016, un total de 300 personas colaboraban para hacer posibles 130 intervencio-

Tabla 2
Redes de municipios

Redes en las que participan los ayuntamientos	
Redes autonómicas	Redes nacionales
Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) (1996): integra a los equipos multidisciplinares que desarrollan proyectos locales en el ámbito social, educativo y de la salud	Red Española de Ciudades Saludables (RECS): sección de la Federación Española de Municipios y Provincias que se dedica a la promoción y la protección de la salud, con los principios de actuación del proyecto Healthy Cities de la Organización Mundial de la Salud
Red Asturias Actúa: integrada en el Observatorio de Salud, identifica y dinamiza activos en salud localizados en los municipios asturianos	Alianza de Salud Comunitaria (ACS): red integrada por instituciones y organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud comunitaria para facilitar el trabajo colaborativo entre sus miembros
Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS): estrategia de la Consejería de Salud para facilitar el trabajo en red de los gobiernos locales y mejorar la salud de la población de los municipios andaluces	
Red de Municipios por la Salud de la Comunidad Valenciana "Xarxasalut": comparte experiencias de promoción de la salud que mejoren la calidad de vida de la población, facilitando la adhesión de los municipios al IV Plan de Salud	

nes que alcanzaban alrededor de 10.000 participantes, todas ellas evaluadas en mayor o menor medida^{20,21}. En 15 de estos barrios, la llegada en 2016 del Pla de Barris está suponiendo una oportunidad añadida para multiplicar y transversalizar las acciones.

Redes y trabajo conjunto con otras Administraciones

La colaboración interniveles es básica para poder llevar a cabo iniciativas comunitarias en el ámbito municipal, más aún cuando la limitación de competencias y de recursos es tan acusada²². Por ello, desde la Administración autonómica se viene potenciando desde hace tiempo la creación de planes de salud en colaboración con los ayuntamientos. Estos planes cuentan con un apartado específico para la formación de profesionales de atención primaria y de salud pública, personal municipal e incluso entidades del tercer sector, y en muchos casos con líneas de subvención específicas para la realización de proyectos que actúen sobre la salud de las poblaciones con perspectiva de equidad²³.

En esta misma línea, desde las comunidades autónomas se ha impulsado también la creación de redes de municipios²⁴ que apuesten por la promoción de la salud en el ámbito local, que son fundamentales para promover el conocimiento y la interacción de proyectos (tabla 2). Estas redes, que se conectan entre sí y con otras redes de ámbito nacional, pueden desempeñar un papel importante en la creación de sistemas de información y estableciendo criterios de calidad y de evaluación para las iniciativas y las acciones.

La Red Española de Ciudades Saludables (RECS)²⁵ nace en 1988 en el seno de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), enmarcada en un movimiento europeo que se va desarrollando a partir de la Reunión de Toronto, y que tiene como objetivo hacer de la equidad, la salud y el desarrollo sostenible valores centrales para el desarrollo y la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía. Actualmente hay adheridas 139 ciudades a la red, entre ellas 31 capitales de provincia y 39 ciudades de más de 100.000 habitantes. Esta estrategia, que agrupa los grandes axiomas de la estrategia «Salud para todos» en su ideario, no ha tenido un aterrizaje en terreno fácil. Después de un inicio potente en los años 1980, la RECS fue languideciendo durante los últimos 25 años, muy determinada por la predominancia política de los enfoques menos comunitarios y el modelo de gobernanza muni-

cial imperante en la dirección de la FEMP. Las dificultades para trabajar de forma transversal y coordinada entre los municipios, unidas a la escasez de recursos, han hecho que en muchas ocasiones predominen las acciones centradas en la modificación de hábitos de vida más que en los principios de equidad y participación comunitaria.

Hacia dónde vamos: propuestas de mejora

Son muchos los municipios que están implementando políticas de salud pública mirando hacia lo comunitario y que podrían incorporarse como ejemplos de buenas prácticas. Esto pasa por la existencia de un programa político que tenga su eje en la implementación de proyectos globales que mejoren la calidad de vida de las personas partiendo de premisas como la equidad, la integración, la solidaridad y la gestión comunitaria. A partir de 2015, en el contexto de las llamadas «Ciudades por el cambio» se están generando nuevas alternativas de acción municipal, algunas de las cuales toman el nombre de «Ciudad de los cuidados», siendo Madrid la que la tiene más definida. El plan «Madrid Ciudad de los Cuidados» es una nueva estrategia de acción intersectorial articulada alrededor del concepto de «cuidados», que aspira a tener mayor capacidad de convocatoria que el concepto de «salud». Los cuidados invocan, provocan y convocan al movimiento feminista (corresponsabilidad en los cuidados), al de la economía social y solidaria (el cuidado como fuente de empleo digno), a las iniciativas de urbanismo social (cuidado del espacio público) o a los movimientos de solidaridad ciudadana frente a la crisis (cuidado colectivo frente al desahucio, la inseguridad alimentaria, el desempleo, la pobreza energética, etc.), que son fácilmente articulados con los objetivos de la propia salud comunitaria. «Madrid Ciudad de los Cuidados» pone la sostenibilidad de la vida en el centro de la acción municipal, pretendiendo una nueva relación con la ciudadanía, desde la ética de los cuidados, enfocada a la vez al empoderamiento comunitario y al respeto a la autonomía y a la diversidad de las personas; además, prioriza la intervención en los barrios y su vida cotidiana. Se desarrolla en nueve proyectos piloto transversales e «híbridos» (alianza público-social), que abarcan temas tan variados como el cuidado del entorno escolar, la prevención de la soledad no deseada, el cuidado del final de la vida o el cuidado de los males de la vida cotidiana, entre otros²⁶. Sin embargo, para poder seguir avanzando en experiencias como estas y partiendo de las fortalezas y las debilidades propias (tabla 3), necesitamos cambios. Además de una profunda reforma legislativa que devuelva a los municipios su autonomía, necesitamos una progresiva adaptación de las instituciones y de sus formas de hacer; estructuras flexibles y metodologías de trabajo abiertas que orienten la planificación hacia el enfoque de las necesidades fundamentales de las personas para la sostenibilidad de la vida y el entorno, y que permitan la incorporación de movimientos sociales, organizaciones y ciudadanía general para la realización de procesos de gobernanza local; reforzar el vínculo con las entidades, los barrios y sus asociaciones vecinales, además de con los propios servicios de salud en pro del bien común; y potenciar al personal técnico de salud municipal, como agente y promotor de la salud comunitaria que interrelaciona ámbitos municipales, actores y niveles autonómicos, provinciales o comarcales, así como dotarlo de recursos.

Nuevas dinámicas sociales exigen nuevas estructuras. Se necesitan modelos de organización más horizontales con capacidad para innovar con nuevas estructuras de trabajo internas, que:

- Trasciendan de lo sectorial y huyan de departamentos estancos que luchan entre sí para obtener los recursos que deberían destinarse a un fin común, construyendo estructuras de coordinación y de trabajo conjunto interdepartamental.

Tabla 3

Oportunidades y limitaciones de las Administraciones locales para la acción comunitaria en salud

Oportunidades	Limitaciones
Ley General de Salud Pública Cercanía (al vecindario y su vida cotidiana)	Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local Poca financiación y escasez de recursos humanos
Territorialidad (barrios, pueblos, etc.) como escala que favorece el sentimiento de comunidad	Poco interés y desconocimiento del poder político
Políticas municipales de impacto en los determinantes proximales de la salud	Escasa planificación y evaluación de programas y estrategias
Implementación de políticas y procesos intersectoriales (estrategia «Salud en todas las políticas» y relación con otros dispositivos municipales de interés para la salud)	La estructura de los ayuntamientos y la burocracia instaurada
Sistemas de gobernanza local en salud	Globalización de las ciudades
Potencialidad de procesos integrales para abordar la equidad en salud	Insuficiente articulación de los diferentes niveles de la Administración en el sistema de salud
Planes y programas europeos y mundiales de promoción de la salud urbana (financiación y apoyo, creación de redes de ciudades)	

- Generen espacios de reflexión, debate y toma de decisiones conjunta entre la ciudadanía, el personal técnico y los agentes políticos, donde redefinir las reglas y el papel de cada cual.
- Configuren servicios dinámicos, cercanos y accesibles en lo que a ubicación, horarios y atención se refiere.
- Garanticen una formación adecuada y la actualización de competencias para su personal aprovechando el potencial y las capacidades ya existentes.

En muchas Administraciones locales prima aún una forma de gestión empírica, basada en percepciones y experiencias del propio personal técnico. Si bien estas percepciones y experiencias son muy valiosas, porque incorporan un conocimiento cercano al contexto local, es de vital importancia poder generar procesos de trabajo que tengan en cuenta la evidencia científica y los avances tecnológicos y sociales.

Así mismo, es necesario promover Administraciones más eficientes y equitativas, que trabajen con un marco de proceso comunitario de salud en todas sus fases: diagnóstico, priorización, implementación y evaluación; y contando con la participación de todas las personas implicadas. Las dinámicas asistencialistas «de lo inmediato» generadas en los ayuntamientos, unidas a la falta de formación específica sobre el tema, han llevado a una ausencia casi total en la planificación de la evaluación de los procesos y los proyectos.

Conclusión

Entendemos como municipalismo²⁷ no solo la puesta en marcha de políticas públicas en el ámbito municipal, sino también una forma de hacer política que se caracteriza por la construcción de dinámicas comunitarias basadas en la democracia participativa, a partir de realidades materiales concretas. Estas dinámicas obedecen a una lucha por conseguir hacer efectivo el «derecho a la ciudad»²⁸, entendiendo este como «el derecho de toda persona a crear ciudades que respondan a las necesidades humanas», profundamente relacionado con el concepto de ciudades saluda-

bles. En un periodo en que las políticas de austeridad amenazan cualquier garantía de bienestar poblacional y los sistemas sanitarios se basan en una medicina tecnificada y «hospitalocéntrica», el municipalismo se revela como una herramienta efectiva para la reducción de las desigualdades sociales en salud y la mejora de las condiciones de vida. Solo mediante la adaptación de las Administraciones locales a la nueva realidad social, la recuperación de la autonomía, la intersectorialidad y participación, la evaluación y la de la eficiencia, así como la construcción de nuevas redes y alianzas, será posible alcanzarlo.

Contribuciones de autoría

V. López Ruiz escribió una primera propuesta de contenidos que fue revisada, modificada y aprobada por las demás personas firmantes. La primera versión del texto fue redactada por todas las autorías. V. López Ruiz elaboró una segunda versión que fue revisada por las demás personas firmantes, que aportaron las últimas propuestas de modificación. Todas las personas autoras aprobaron la versión final del artículo.

Agradecimientos

A todas las personas que trabajan en el día a día por hacer real la salud comunitaria en el ámbito local, especialmente a aquellas que nos acompañan en los territorios. Y a todas las que con su aportación han hecho posible este texto.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Todas las personas que han participado en la elaboración de este artículo están vinculadas de una u otra forma a la acción municipal en salud y a los ayuntamientos. Es posible que los ejemplos y experiencias ilustradas representen en mayor medida a las instituciones y territorios en los cuales trabajan y que más conocen.

Bibliografía

- Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:389–91.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26:182–9.
- Foucault M. Historia de la medicalización. En: Foucault M, editor. *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Altamira; 1996.
- Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1978. 91 p. Disponible en: <http://wholibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson; 2001. p. 250.
- Boix A. Sentido y orientación de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local: autonomía local, recentralización y provisión de servicios públicos locales. *REALA, o Nueva Época*. 2014;2.
- OMS. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Adelaida: OMS; 2010. Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010. Disponible en: <http://www.who.int/social.determinants/spanish.adelaide.statement.for.web.pdf>
- Van den Broucke S. Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how. *Health Promotion International*. 2014;28:281–4.
- Gase LN, Pennot R, Smith KD. “Health in All Policies”: taking stock of emerging practices to incorporate health in decision making in the United States. *J Public Health Man*. 2013;19:529–40.
- Buck D, Gregory S. Improving the public's health: a resource for local authorities. London: The King's Fund; 2013. p. 60. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/improving-the-publics-health-kingsfund-dec13.pdf
- Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:335–45.
- Segura del Pozo J, Martínez Cortés M, Plá Naranjo A, et al. El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Comunidad*. 2011;13:23–6. Disponible en: <http://madridsalud.es/pdf/publicaciones/saludpublica/Comunidad13-CMS.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2013. Disponible en: <http://www.msssi.iob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludPrevepcionSNS.pdf>
- Muxí Z, Casanovas R, Ciocchetto A, et al. ¿Qué aporta la perspectiva de género al urbanismo? *Feminismo*. 2011;17:105–29.
- Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103–8.
- Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, et al. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013:CD008657.
- Observatorio de Salud de Asturias. Proyecto estratégico. Sistema de Gobernanza Local. Observatorio de Salud de Asturias. Oviedo: Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias; 2014. 2 p. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud220Publica/Estrategias/Estrategia220Cronicidad/P.E.2201.220Sistemas220de220Gobernanza220Local220en220Salud.pdf
- Vecina C. La acción comunitaria, un camino para la integración social y la interculturalidad. *Soc Interv Res*. 2013;3:54–75.
- Fuertes C, Pasarín MI, Borrell C, et al. Group of Health in the Neighborhoods. Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health. *Health Policy*. 2012;107:289–95.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona Salut als Barris. Memòria 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. 115 p.
- Ramos P, Vázquez N, Pasarín MI, et al. Evaluación de un programa piloto promotor de habilidades parentales desde una perspectiva de salud pública. *Gac Sanit*. 2016;30:37–42.
- Gállego-Diéguez J, Aliaga P, Benedé CB, et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. *Gac Sanit*. 2016;30:55–62.
- Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016. *Health Promot Int*. 2017;32:603–5.
- Cofiño R, López-Villar S, Suárez O. How to work with local communities to improve population health: big data and small data. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71:657–9.
- Llorca E, Amor MT, Merino B, et al. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gac Sanit*. 2010;24:435–6.
- Ayuntamiento de Madrid. Plan Madrid Ciudad de los Cuidados 2016–2019. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2017. p. 62. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/pdfs/plan.pdf>
- Observatorio Metropolitano. La apuesta municipalista. La democracia empieza por lo cercano. Madrid: Traficantes de Sueños; 2014. 166 p. Disponible en: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TS-LEM6.municipalismo.pdf>
- Harvey D. Ciudades rebeldes. Del derecho a la ciudad a la revolución urbana. Madrid: Akal; 2013. p. 238.