

Nota metodológica

La priorización comunitaria en el programa *Barcelona Salut als Barris*Esther Sánchez-Ledesma^{a,*}, Anna Pérez^{a,b,c,d}, Noelia Vázquez^{a,e}, Irene García-Subirats^a, Ana Fernández^{a,b}, Ana M. Novoa^{a,c} y Ferran Daban^{a,d}, por el Grupo de Trabajo de Priorización[◇]^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Institut d'Investigació Biomèdica de Sant Pau, Barcelona, España^d Programa de doctorado en Biomedicina, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España^e Departamento de Métodos de Intervención y Diagnóstico en Educación (MIDE), Facultad de Educación, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de marzo de 2017

Aceptado el 30 de abril de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Necesidades en salud

Priorización

Acción comunitaria

Participación ciudadana

Desigualdades en salud

RESUMEN

Priorizar es el proceso de selección y ordenación de las necesidades en salud identificadas tras el diagnóstico de necesidades y activos en salud de una comunidad. La valoración de las necesidades en salud se ha reforzado con la perspectiva comunitaria, lo que aporta múltiples beneficios: sensibiliza y empodera a la comunidad sobre su salud, fomenta el apoyo mutuo entre sus integrantes y promueve su protagonismo haciéndola corresponsable del proceso de mejora de su propia realidad. El objetivo de esta nota es describir el modelo de priorización de *Barcelona Salut als Barris*, estrategia de salud comunitaria liderada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona para promover la equidad en salud en los barrios más desfavorecidos de la ciudad.

© 2017 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/>).

Community prioritization in *Barcelona Salut als Barris* program

ABSTRACT

Prioritizing corresponds to the process of selecting and managing health needs identified after diagnosing the community's health needs and assets. Recently, the health needs assessment has been reinforced with the community perspective, providing multiple benefits: it sensitizes and empowers the community about their health, encourages mutual support among its members and promotes their importance by making them responsible for the process of improving their own reality. The objective of this paper is to describe the prioritization of *Barcelona Salut als Barris*, a community health strategy led by the Barcelona Public Health Agency to promote equity in health in the most disadvantaged neighborhoods of the city.

© 2017 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 needs

Prioritization

Community action

Citizen participation

Health inequalities

Introducción

En planificación clásica de promoción de la salud, la priorización corresponde al proceso de valoración de las necesidades de salud de un territorio¹. Priorizar ayuda a ordenar las necesidades de salud para su futuro abordaje² y orienta la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos³. En la última década, la valoración de la salud de las comunidades se ha reforzado con la perspectiva comunitaria⁴. Cuando se implica en la priorización a una comunidad, esta siente que protagoniza la mejora de su propia realidad haciéndose corresponsable del proceso y promoviendo así su empoderamiento⁴.

El objetivo de este trabajo es describir el modelo de priorización de *Barcelona Salut als Barris* (BSaB), estrategia de salud comunitaria liderada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona para promover la equidad en salud en los barrios desfavorecidos de la ciudad⁵. La priorización comunitaria de BSaB se lleva a cabo tras la constitución de un grupo motor que lidera el programa en la zona después de realizar un diagnóstico participativo. Su composición, entre 8 y 15 miembros, incluye tanto entidades ciudadanas como profesionales de sectores administrativos, integrando generalmente planes de desarrollo comunitario, distrito municipal, Agencia de Salud Pública de Barcelona, centro de atención primaria, servicios sociales, escuelas, entidades o asociaciones vecinales.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: esanchez@aspb.cat (E. Sánchez-Ledesma).

◇ Grupo de Trabajo de Priorización: Núria Calzada, Ferran Daban, Èlia Diez, Ana Fernández, Esther Colell, Irene García-Subirats, Olga Juárez, Ana M. Novoa, Marta Olabarriá, Anna Pérez, Gloria Pérez, Catherine Pérez, Esther Sánchez-Ledesma y Noelia Vázquez.

Exposición del método

La priorización de BSaB se desarrolla en una jornada abierta a toda la comunidad, habitualmente un territorio de 10.000 a 25.000 habitantes, donde cada residente puede expresar públicamente sus

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.005>

0213-9111/© 2017 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/>).

Tabla 1
Principales técnicas de priorización de problemas o necesidades en salud

Técnica	Descripción	Tipología	Fortalezas	Debilidades
Priorización por votación ⁵	<p>Se pueden distinguir tres sistemas de votación: simple, ponderada y por matriz de criterios.</p> <p>1. <i>Votación simple</i>: una persona, un voto. Cada persona escoge una opción y el resultado final es la priorización de las diferentes opciones.</p> <p>2. <i>Votación ponderada</i>: cada persona tiene diversos votos y los distribuye según su criterio entre las diferentes opciones. Por ejemplo, si cada persona dispone de cinco votos, puede distribuirlos entre cinco opciones diferentes o concentrarlos en una o dos opciones.</p> <p>3. <i>Votación por matriz de criterios</i>: se explicitan los criterios para distribuir el voto. Es adecuada cuando las opciones son complejas y deben considerarse múltiples criterios para escoger. Pueden atribuirse pesos a los criterios si se considera que estos tienen una importancia desigual.</p> <p>Variantes de votación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voto secreto en urnas por cada problema. - Votación abierta con papeles numerados o adhesivos de colores para situar al lado del problema a priorizar en un papelógrafo. Los colores indican el grado de priorización (rojo: máxima priorización; amarillo: mediana; verde: baja). Pueden hacerse varias rondas de votaciones, pero requiere que previamente el grupo se ponga de acuerdo en el número. 	Individual y grupal (cualquier medida)	<ul style="list-style-type: none"> - Sencilla de utilizar y ágil - Permite tanto el voto secreto (urnas) como público (a mano alzada o con votos de colores para una priorización más visual) - Los diferentes mecanismos de votación permiten escoger opciones cuando estas son muy claras, el tiempo es limitado o hay un número elevado de participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos sofisticada - No permite eliminar problemas quizás más complejos de abordar, por restricciones legales o por falta de recursos - Cuando las votaciones son abiertas, las personas participantes pueden influir su voto entre ellas
Método Simplex ³	Utiliza un cuestionario con preguntas cerradas. Las respuestas se puntúan y se organizan en un <i>ranking</i> , de manera que los temas con puntuaciones más altas son los que tienen mayor prioridad.	Individual y grupal (cualquier medida)	<ul style="list-style-type: none"> - Una vez diseñado el cuestionario, es una técnica eficiente y rápida de utilizar - Permite ponderar por criterios 	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere el diseño de un cuestionario estructurado - Se utiliza con profesionales expertos/as - Depende, en gran medida, de cómo se diseñan las preguntas
Parrilla de análisis ¹	<p>Los problemas de salud se clasifican de manera dicotómica (positivo/negativo) en relación a cuatro criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Importancia del problema. 2. Relación causa-efecto. 3. Capacidad técnica de la intervención. 4. Factibilidad de la intervención. <p>A partir de la posición final en la parrilla, se obtiene el número de la recomendación de priorización y se abordan los problemas por orden de puntuación: primero los que puntúan 1, después los que puntúan 2 y así sucesivamente.</p> <p>La clasificación de los problemas se basa en cuatro criterios predefinidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravedad (G) del problema. El rango de puntuación es de 0-10. 2. Magnitud (M). El rango de puntuación es de 0-10. 3. Eficacia (E) de la intervención. Puntúa 0 (no eficaz) o 1,5 puntos (eficaz). 4. Factibilidad (F) del programa. Puntúa 0 cuando la respuesta es «no» y 1 cuando es «sí». Este criterio se valora a partir de los componentes PERLA: 1) Pertinencia; 2) factibilidad Económica; 3) disponibilidad de Recursos; 4) Legalidad; y 5) Aceptabilidad. Se definen preguntas relacionadas con estos componentes. <p>La clasificación priorizada se obtiene con la fórmula: $(G + M) \times E \times F$.</p> 	Individual y grupal (cualquier medida)	<ul style="list-style-type: none"> - Es muy visual, ya que los resultados se obtienen a partir de una representación gráfica 	<ul style="list-style-type: none"> - Es compleja y lenta de ejecutar - Se pueden utilizar criterios diferentes por problema, y eso requiere su previa definición
Método Hanlon ⁷	<p>La clasificación de los problemas se basa en cuatro criterios predefinidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravedad (G) del problema. El rango de puntuación es de 0-10. 2. Magnitud (M). El rango de puntuación es de 0-10. 3. Eficacia (E) de la intervención. Puntúa 0 (no eficaz) o 1,5 puntos (eficaz). 4. Factibilidad (F) del programa. Puntúa 0 cuando la respuesta es «no» y 1 cuando es «sí». Este criterio se valora a partir de los componentes PERLA: 1) Pertinencia; 2) factibilidad Económica; 3) disponibilidad de Recursos; 4) Legalidad; y 5) Aceptabilidad. Se definen preguntas relacionadas con estos componentes. <p>La clasificación priorizada se obtiene con la fórmula: $(G + M) \times E \times F$.</p> 	Grupal (cualquier medida)	<ul style="list-style-type: none"> - Es una de las técnicas más utilizadas en planificación sanitaria - Permite flexibilidad y cada criterio puede objetivarse 	<ul style="list-style-type: none"> - Es complicada de aplicar por la variedad de criterios a valorar y por la conversión de la valoración en números y su posterior cálculo - Recomendada para trabajar con grupos de profesionales que previamente conozcan la técnica - El propio proceso otorga una priorización baja a aquellos problemas que requieran más recursos o cambios legales
Método DARE (<i>Decision Alternative Rational Evaluation</i>) ²	<p>Se establecen unos criterios de priorización con asignación de pesos específicos. Los criterios se multiplican por el peso y después se suman. Por cada problema a priorizar se aplica la siguiente fórmula:</p> $C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = A$ $C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = B$ $C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = C$ <p>donde C1 es la puntuación al criterio 1, en cada alternativa valorada; P1 es el peso relativo al criterio 1, respecto al resto de criterios; y A, B y C son la puntuación final de cada alternativa.</p> <p>Las alternativas con mayor puntuación son las consideradas prioritarias.</p>	Grupal (cualquier medida)	<ul style="list-style-type: none"> - Los criterios de priorización pueden variar según los problemas a analizar - También se utiliza para priorizar las intervenciones para abordar los problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Otorgar pesos hace que sea una técnica compleja, ya que debe consensuarse previamente el peso específico de cada criterio, según la media del valor que le otorgue cada persona participante

Tabla 1 (continuación)

Técnica	Descripción	Tipología	Fortalezas	Debilidades
Método de ponderación de criterios de Blum (Criteria Weighting Method) ²	Es similar al método DARE, pero con el matiz de calcular el nivel de significación para cada problema con la siguiente fórmula: $Nsa = P1Sa1 + P2Sa2 \dots PnSan/n$ donde NSa es el nivel de significación del problema A; P1 es el peso relativo del criterio 1 para el problema A, y así sucesivamente. Se proponen cuatro categorías de criterios: tecnológicos, sanitarios, sociales y administrativos; a cada uno se le otorga un peso con un rango de puntuación entre 1 y 5. El problema que obtenga el mayor nivel de significación es el que tiene la máxima prioridad.	Grupal (cualquier medida)	- Permite analizar problemas por un gran número de criterios - También se utiliza para priorizar las intervenciones para abordar los problemas	- Es una técnica compleja - Dirigida a trabajar con grupos de profesionales
Matriz de priorización de problemas ⁸	Técnica de consenso y priorización que establece un orden jerárquico por criterios definidos previamente, a los que se les puede asignar una ponderación. Los pasos para aplicarla son: 1. Definir los criterios, que pueden establecerse, por ejemplo, a través de una lluvia de ideas. 2. Decidir la escala de puntuación (1-5; 1-8; 1-10). 3. Realizar la votación individualmente. 4. Poner en común las puntuaciones. 5. Sumar las puntuaciones finales. Variantes: - Existe la variante de priorizar problemas, comparándolos por pares y decidiéndose por uno de los dos. Los problemas que se escojan más veces son los prioritarios. - Otra forma es hacer una matriz de priorización «2 x 2» con dos criterios generales en cada eje. En cada cuadrante se colocan los problemas según la graduación «alto-bajo».	Individual y grupal (cualquier medida)	- Es una de las técnicas de priorización más sencillas	- La variante de comparación por pares puede ser lenta de ejecutar
Grupo nominal ⁹	Técnica de consenso presencial desarrollada en dos fases: en la primera se generan ideas y en la segunda se priorizan. Se convocan personas que garanticen la representación de todos los posibles discursos de interés. La priorización se realiza individualmente. El consenso se obtiene por la suma de prioridades individuales. Las dos fases se pueden hacer de diferentes maneras: a) Generación de ideas: individual, escribiendo en tarjetas; individual en rondas verbales, en grupos pequeños, etc. b) Priorización: asignando una puntuación numérica, con colores que indiquen un rango u ordenando los problemas en una lista, entre otros. En esta fase no se recomienda votar a mano alzada.	Grupal (10-15 personas)	- Se obtiene mucha información en un periodo corto de tiempo - Técnica motivadora: las personas participantes se implican y conocen el resultado de su trabajo al final de la sesión - Identifica áreas que requieren más discusión y que se pueden trabajar después con otras técnicas (p. ej., con el método Simplex) - Ofrece una sistemática objetiva y participativa	- Algunas personas más persuasivas pueden afectar las opiniones de las otras - Difícil de ejecutar en grupos grandes (más de 20 personas)
Multivotación ¹⁰	Técnica de consenso utilizada para reducir la lista de problemas a priorizar hasta conseguir el número deseado de los que se quieren abordar. Se establecen dos rondas de votación: - <i>Primera ronda</i> : cada participante vota los problemas que considera prioritarios (se puede establecer un máximo de votos por persona). Finalmente, se dejan en la lista aquellos problemas que han recibido, como mínimo, un número de votos igual a la mitad de personas que hay en el grupo (p. ej., si hay 20 personas, se quedan en la lista los problemas que han tenido al menos 10 votos). - <i>Segunda ronda</i> : cada participante vota los problemas que considera prioritarios de la lista condensada. En esta fase, cada participante puede votar el número de veces correspondiente a la mitad de los problemas que hay en la lista. Por ejemplo, si hay 10 problemas en la lista, cada participante puede votar hasta cinco veces. Este paso se repite hasta conseguir reducir la lista al número deseado de problemas a abordar.	Grupal		- Discusión limitada por la rapidez de la técnica - Algunas personas más persuasivas pueden influir en las opiniones de las otras - Las prioridades reales pueden no aparecer en la selección final

Tabla 1 (continuación)

Técnica	Descripción	Tipología	Fortalezas	Debilidades
Método Delphi ⁸	Técnica de consenso no interactiva que puede hacerse presencial o por correo electrónico. Consiste en consultar a un grupo de personas expertas en un tema a abordar. Previa revisión de la bibliografía, se elabora un cuestionario que se distribuye, o se envía por correo, a cada participante. Con los resultados obtenidos, se elabora un segundo cuestionario y se repite el proceso hasta una tercera vez. El esquema del proceso es: - Determinación del problema o de la necesidad a abordar. - Definición de objetivos y diseño del cuestionario. - Selección e información de las personas participantes. - Envío del cuestionario. - Análisis de resultados y envío del cuestionario. - Envío de las conclusiones finales (al final de la tercera ronda).	Grupal (10-30 personas) Cada participante desconoce al resto de los miembros del grupo	- Al ser grupal se limitan los sesgos derivados de la subjetividad de las personas expertas - Las respuestas son anónimas y, por tanto, se elimina la distorsión de la deseabilidad social - Permite trabajar en grupo sin hacer reuniones presenciales, y de esta manera se eliminan los liderazgos dentro del grupo	- Difícil de aplicar - Consume mucho tiempo y, por tanto, se recomienda en procesos largos. Su duración es variable: desde 45 días a algunos meses - Requiere el análisis de personas expertas
Talleres comunitarios (metodología utilizada en la priorización del barrio de Vallcarca)	Se forman grupos de trabajo de 8 a 12 personas de diferentes edades y perfiles. Se trabaja de la siguiente manera: 1) Individualmente, se priorizan los aspectos considerados más relevantes y, a continuación, se ponen en común. 2) Se consensua qué tres puntos se destacan como grupo para priorizar, tras debatir los motivos. 3) Un portavoz por grupo expone al resto de los participantes los puntos que han encontrado más relevantes, explicando el porqué. De aquí sale el listado final.	Grupal	- Las personas participantes se implican y conocen el resultado de su trabajo al final de la sesión - Hay espacio para el debate	- Algunas personas más persuasivas pueden influir en las opiniones de las otras
Fórum comunitario o audiencia pública ¹	Técnica de consenso consistente en realizar una asamblea abierta a todos los miembros de la comunidad. Su objetivo es favorecer la mayor expresión del número de opiniones posibles, y a mayor participación, mayor consistencia de los resultados. La logística se prepara conjuntamente con las personas más conocedoras de la comunidad. La asamblea se realiza en un espacio neutral y la preside una de las personas más respetadas por la comunidad. Acostumbra a durar entre 3 y 4 horas. Se aconseja establecer un turno de palabra de 3 minutos y dar prioridad a las personas que no acostumbran a participar. Esta técnica debe utilizarse como complemento de otros métodos para construir un consenso.	Grupal	- Fácil de organizar y económica - Permite la sensibilización de diferentes grupos de personas sobre las necesidades de la comunidad	- No todas las personas asistentes participan. Además, algunas personas más persuasivas pueden influir en las opiniones de las otras - El interés y el entusiasmo que puede generar el fórum puede crear unas expectativas irreales acerca de las intervenciones a implementar

valoraciones sobre la salud¹. La jornada identifica un listado de las necesidades y de los determinantes de la salud del territorio ordenado según el número de votos de las personas participantes. Asimismo, permite presentar BSaB a la comunidad y fomentar la participación para implementar futuras acciones.

Entre las técnicas de priorización más utilizadas en procesos comunitarios (tabla 1), BSaB utiliza la priorización por votación simple⁶ por su agilidad y su fácil uso con todos los posibles grupos participantes en la jornada. Además, posibilita el retorno inmediato de los resultados.

El modelo de priorización comunitaria de BSaB consta de cuatro fases: 1) preparación de la jornada; 2) difusión de la convocatoria; 3) desarrollo de la jornada; y 4) valoración sobre la jornada y la lista priorizada.

Fase 1: preparación de la jornada

En esta fase se definen las tareas preparatorias de la jornada, reflejando el liderazgo compartido entre los diferentes miembros del grupo motor. Si en algún territorio se llega a esta fase sin un grupo motor constituido o en estado muy incipiente, se recomienda aplazar la priorización, ya que corresponde a los miembros del grupo motor consensuar los contenidos de la jornada y facilitar su difusión.

El grupo motor decide una fecha y un espacio para realizar la jornada, cuya duración estimada es de 2 horas. Es preferible realizarla por la tarde para facilitar la participación. Se aconseja que se realice en un espacio del barrio, como la biblioteca, el centro cívico o una escuela, con una capacidad de al menos 100 personas. Es necesario que el local disponga de proyector, pantalla, pizarra y acceso a Internet.

El grupo motor elabora también una presentación breve del diagnóstico participativo y la lista de necesidades y determinantes de la salud a priorizar. Se preparan copias del listado en una parrilla con una columna para que cada participante señale su elección personal. El documento, anónimo, recoge algunos datos sociodemográficos de cada participante (fig. 1). Aquellas personas que deseen recibir más información tras la jornada pueden apuntar su contacto en una hoja aparte. También se incluye una autorización para reproducir y publicar imágenes fotográficas de la sesión.

Por último, se encarga un refrigerio saludable, preferentemente a alguna empresa de inserción laboral del barrio, y se ofrece servicio de canguro y adaptación por diversidad funcional para facilitar la máxima participación.

Fase 2: difusión de la jornada

Uno de los aspectos clave para aumentar la credibilidad de los resultados de la priorización es que la comunidad esté bien

Jornada de priorización de necesidades en salud en el barrio_____

Fecha

Lugar:

Marque con una cruz los 9 aspectos que considere prioritarios a trabajar en su barrio

Necesidades detectadas

X

Toda la población	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de convivencia por masificación turística en el espacio público (suciedad, ruido, pérdida del comercio de proximidad, encarecimiento de los productos básicos, pérdida de la identidad y de la red vecinal del barrio, etc.) • Inseguridad y pequeños actos delictivos relacionados con la presencia de turismo. • Presión inmobiliaria debido a la ocupación turística (subida del precio de la vivienda, aumento de los pisos turísticos, familias y jóvenes que se van del barrio, etc.) • Problemas de convivencia con las personas sin techo. • Pérdida de proximidad de profesionales de la salud debido al cambio de ubicación de algunas especialidades, como por ejemplo pediatría. • Trastornos mentales, relacionados con el paro y las situaciones de pobreza de algunos colectivos vulnerables (familias con hijos/as; hombres solos viviendo en pensiones; mujeres que han ejercido la prostitución; personas sin techo; familias inmigradas, etc.)
Infancia y familias	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para ejercer habilidades parentales y malos hábitos alimentarios.
Infancia y jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Inactividad física, sobrepeso y obesidad por falta de espacios de relación y ocio (áreas verdes, espacios de juegos infantiles, áreas para practicar deporte, etc.) • Saturación de los recursos públicos para la infancia y falta de un centro de educación secundaria, obligando a la población joven a salir del barrio. • Alto absentismo escolar en el conjunto del distrito.
Infancia y personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de movilidad en el espacio público por la estructura de las calles, la presencia de turismo y el uso inadecuado de algunos vehículos (bicicletas, segways, etc.).
Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazos en chicas jóvenes.
Jóvenes y población adulta	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y VIH. • Consumo de drogas (alcohol y otras sustancias) en el tiempo de ocio, debido al ambiente nocturno que se genera por el turismo y la presencia de jóvenes residentes procedentes de otros países de la Unión Europea. • Malestar físico y emocional de mujeres en situación de violencia machista.
Población adulta	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento de mujeres inmigrantes, especialmente de mujeres asiáticas, por las dificultades de comunicación, choque cultural y otras situaciones que viven.
Personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones precarias de vivienda (viviendas antiguas, sin calefacción central, sin ascensor, etc.). • Soledad y aislamiento social.

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Soy (puede marcar más de una opción):

 Vecino/a Trabajador/a del barrio (especificar área): _____

Figura 1. Modelo de parrilla con el listado de problemas a priorizar.

representada¹. Por ello, debe hacerse un esfuerzo en la difusión de la jornada, intentando alcanzar a los grupos más vulnerables o habitualmente menos participativos (jóvenes o minorías étnicas, entre otros)⁴. Con este propósito, se editan carteles que el grupo motor distribuye en espacios públicos, entidades y establecimientos del barrio. La convocatoria se envía por correo electrónico y redes sociales a medios de comunicación locales, entidades,

servicios y vecindario, para su mayor difusión. El cartel informa del refrigerio, el servicio de canguro y la adaptación por diversidad funcional.

Fase 3: desarrollo de la jornada

El grupo motor pacta quién se encargará de cada parte de la jornada. Se recomienda que la moderación sea asumida por una

asociación vecinal o por el plan comunitario del territorio, para transmitir mayor cercanía y visibilizar el coliderazgo ante la audiencia.

En BSaB, el orden de día de la jornada es el siguiente:

1. Bienvenida, breve presentación de la jornada y del programa BSaB.
2. Presentación de los principales resultados del diagnóstico participativo.
3. Presentación y aclaraciones sobre el listado de necesidades. Distribución de la parrilla para que cada persona indique las que considere más importantes (seleccionando entre el 50% y el 60% del total de la lista).
4. Recogida de las parrillas y suma de las puntuaciones. Mientras se van recogiendo las votaciones, se invita a las personas a disfrutar del refrigerio.
5. Presentación pública del listado de necesidades ordenado según los votos recibidos. Cuando no sea posible devolver los resultados el mismo día, debe pedirse el contacto a las personas participantes y facilitarlos más adelante.
6. Agradecimiento por la asistencia y la participación, y cierre de la sesión, instando a la comunidad a participar en las siguientes fases de BSaB.

Fase 4: valoración sobre la jornada y la lista priorizada

Concluida la jornada, el grupo motor elabora una síntesis de su desarrollo y de los aspectos priorizados. De la jornada se extrae un *ranking* de las necesidades priorizadas por las personas asistentes. Por ello, el grupo motor debe valorar los sesgos sobre la jornada (alcance de la participación, representatividad, presencia de grupos de interés, entre otros) y su influencia sobre los resultados. También valora los aspectos priorizados, según criterios como la magnitud del problema o la factibilidad de la intervención, para definir futuras líneas de acción. Por último, se recomienda realizar un informe sobre la jornada indicando posibles mejoras y recomendaciones para futuras priorizaciones.

Conclusiones

El modelo de priorización de BSaB presenta algunas limitaciones que hay que tener en cuenta. Es complicado conseguir una representación proporcional de la variedad de agentes comunitarios y debe velarse por llegar a los colectivos normalmente infrarrepresentados (minorías étnicas, personas más desfavorecidas o población joven). Su ausencia puede sesgar los resultados de la priorización. Es fundamental utilizar múltiples estrategias de comunicación para conseguir la máxima diversidad de actores y explorar formas nuevas de participación, como las redes sociales, para alcanzar a la población más joven. Además, el grupo motor acuerda la priorización final valorando criterios de factibilidad y

eficiencia, con lo que la priorización realizada por la comunidad puede cambiar. A pesar de estas debilidades, la jornada abierta y la votación simple demuestran que participar es fácil y viable, y que la opinión de cada participante tiene la misma consideración. También explicita que BSaB sigue una sistemática clara y formaliza el retorno de los resultados a la comunidad, empoderando así a la ciudadanía.

Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

Contribuciones de autoría

La concepción del trabajo corresponde al Grupo de Trabajo de Priorización. E. Sánchez-Ledesma escribió el borrador de esta nota. Todos/as los/as autores/as firmantes revisaron críticamente la nota y aprobaron la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Pineault R, Daveluy C. Planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987. p. 382.
2. Alcalá FJR, López de Castro F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *Semer Fam*. 2004;30:180-9.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Priorization. (Consultado el 6/9/2016.) Disponible en: <https://www.cdc.gov/nphsp/documents/prioritization-section-from-apexph-in-practice.pdf>
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE Guideline [NG44]; 2016. 33 p.
5. Díez E, Pasarín M, Daban F, et al. Salut als barris en Barcelona, una intervenció comunitària para reducir las desigualdades sociales en salud. *Comunidad*. 2012;14:121-6.
6. Martí J. Eines per a la participació ciutadana. Tècniques participatives per al debat grupal. *Papers de participació ciutadana*. Diputació de Barcelona. Àrea de Presidència. Barcelona: Direcció de Comunicació; 2006. 76 p.
7. Hanlon JJ. Public health. Administration and practice. St. Louis: Mosby; 1974. 693 p.
8. Vivas-Consuelo D. Métodos e instrumentos. En: *Papeles de gestión sanitaria. Mejora continua de la calidad de los servicios de salud*. M/C/Q Ediciones; 2010. p. 27-43.
9. March-Cerdà JC, Prieto-Rodríguez MA, Hernán-García M, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*. 1999;13:312-9.
10. American Society for Quality. Evaluation and decision tools: multi-voting. (Consultado el 6/9/2016.) Disponible en: <http://asq.org/learn-about-quality/decision-making-tools/overview/multivoting.html>