

**COLABORACIÓN ESPECIAL**

Recibido: 22 de noviembre de 2019

Aceptado: 13 de diciembre de 2019

Publicado: 30 de abril de 2020

**OBSERVATORIO DE SALUD COMUNITARIA DE NAVARRA:  
PUESTA EN MARCHA Y PRIMERAS EXPERIENCIAS**

Álvaro Martín-Hernández (1), Cristina Eslava-Lizaso (1), Josu Delfrade-Osinaga (1,2,3), Raquel González Eransos (1), Conchi Moreno-Iribas (1,3,5), Yugo Floristán (1,2), Marcela Guevara (1,2,3), María Carmen Fuertes-Goñi (3,4), Itxaso Mugarra-Bidea (4), María José Pérez-Jarauta (1), Margarita Echauri Ozcoidi (1,2), Eva Ardanaz (1,2,3) y Koldo Cambra (1,3,5)

(1) Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN). Pamplona. España.

(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. España.

(3) Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. España.

(4) Dirección General de Salud de Navarra. Pamplona. España.

(5) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Pamplona. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

**RESUMEN**

**Fundamentos:** El Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra se creó en 2016 para estudiar los determinantes, resultados y desigualdades en salud. El objetivo de este artículo fue describir la metodología y el proceso seguidos para su puesta en marcha, así como analizar la variabilidad de los indicadores seleccionados entre Zonas Básicas de Salud.

**Métodos:** Se especificó la configuración del observatorio y se describieron estadísticamente los indicadores seleccionados y su variabilidad entre zonas.

**Resultados:** Durante el periodo considerado, el observatorio interactuó con diferentes instituciones, unas como proveedoras de información y otras como usuarias de la misma. Uno de sus principales productos fueron los Informes de Perfil de Zona Básica de Salud, que incluyeron para cada zona una selección de 21 indicadores agrupados en: factores sociodemográficos, estilos de vida, morbilidad, sistema de salud y mortalidad. Los coeficientes de variación entre zonas de los indicadores se encontraron entre 0,01 y 0,7, siendo los que aluden a factores sociodemográficos los de mayor variabilidad.

**Conclusiones:** Esta experiencia comparte con otras similares el establecimiento de un sistema de comparación de determinantes y resultados de salud en áreas pequeñas. Los indicadores seleccionados captan la variabilidad entre zonas, devolviendo una imagen específica de las mismas. A partir de sus productos se abren posibilidades de intervención en coordinación con Atención Primaria, los agentes sociales y los activos de salud.

**Palabras clave:** Salud comunitaria, Indicadores de salud, Determinantes sociales de la salud, Desigualdades en el estado de salud, Administración de salud pública, Observatorio de salud.

**ABSTRACT****Community health observatory of Navarre:  
Implementation and first experiences**

**Background:** The Community Health Observatory of Navarre (Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra) was created in 2016 to study health determinants, results and inequalities. The objective of this article was to describe the methodology and the process followed to launch it, and to analyse the variation of the selected indicators among Basic Health Zones.

**Methods:** The observatory configuration was specified and the selected indicators and their variation among zones were described.

**Results:** During the period under consideration, the observatory interacted with many institutions, some of them provide information and others receive it. One of the main outcomes was the Profile Reports by Basic Health Zone, which included a selection of 21 indicators by zone related to socio-demographic factors, lifestyles, morbidity, Health System and mortality. The coefficients of variation among zones ranged between 0.01 and 0.7, showing the socio-demographic factors the greatest variation.

**Conclusions:** This project, in line with other observatories, sets a system of comparison with health determinants and results in small areas. The selected indicators capture variation among zones, generating specific pictures. This is the starting point for future interventions in coordination with Primary Health Care, social agents and health assets.

**Key words:** Community health, Health status indicators, Social determinants of health, Health status disparities, Public health administration, Health observatory.

Correspondencia:  
A. Martín-Hernández  
C/ Leyre, 15

31003 Pamplona (Navarra), España  
alvaro.martin.hernandez@navarra.es

Cita sugerida: Martín-Hernández A, Eslava-Lizaso C, Delfrade-Osinaga J, González Eransos R, Moreno-Iribas C, Floristán Y, Guevara M, Fuertes-Goñi MC, Mugarra-Bidea I, Pérez-Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ardanaz E, Cambra K. Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra: puesta en marcha y primeras experiencias. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 30 de abril e202004029.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud alentó en 2014 la construcción de observatorios de salud que produjeran “inteligencia sanitaria” para sustentar una acción local dirigida a la mejora y equiparación del bienestar de la población<sup>(1)</sup>. Existen numerosas experiencias de este tipo a nivel internacional, como las del Reino Unido<sup>(2,3)</sup> y la de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos<sup>(4)</sup>. En el ámbito español destacan Salud Poblacional-Osagin, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco<sup>(5)</sup>, y el Observatorio de Salud de Asturias<sup>(6)</sup>, además de otros proyectos circunscritos al ámbito urbano como Infobarris, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona<sup>(7)</sup>.

A partir de estas referencias, se planteó la creación del Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra (OSCN)<sup>(8)</sup> en el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN)<sup>(9)</sup>, como un instrumento para generar, analizar, reunir, organizar y comunicar la información relativa a la salud pública, que promoviera a su vez acciones a nivel navarro y de áreas más pequeñas para mejorar la salud y reducir las desigualdades. El *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*<sup>(10)</sup> señala su carácter estratégico y le asigna como funciones propias la definición de indicadores, el estudio de las desigualdades en salud, la valoración del impacto de los determinantes sociales en la salud y la comunicación de los resultados a la sociedad.

En la base del OSCN, al igual que en otros observatorios, están el modelo de determinantes sociales y el de desigualdades en salud. Más allá de los factores biológicos ligados a la edad, el sexo y otras características constitucionales difícilmente modificables, la salud está condicionada por los estilos de vida, las redes sociales, el tejido comunitario, las condiciones de vida y el contexto más general

en términos socioeconómicos, culturales y ambientales<sup>(11)</sup>. En cuanto a las desigualdades en salud, los principales ejes identificados por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España del Ministerio de Sanidad<sup>(12)</sup> son la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio.

La finalidad de este artículo fue explicitar la metodología y el proceso seguidos para la puesta en marcha del OSCN, así como analizar la variabilidad entre zonas de los indicadores seleccionados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para poner en marcha el observatorio, desde el Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria del ISPLN se creó un grupo de trabajo ad hoc en enero de 2016, que incorporó a personal del Departamento de Salud y del Instituto de Estadística de Navarra (Nastat). En él participaron profesionales de los ámbitos tanto sanitario como de la estadística, la sociología y la informática. Este carácter multidisciplinar respondió a la necesidad de combinar en un mismo planteamiento la perspectiva sanitaria, el análisis social y las posibilidades metodológicas de elaborar y comunicar los datos disponibles.

El OSCN se organiza en torno a tres pilares de información: la información sobre resultados de salud, la información sobre determinantes sociales de la salud y el análisis de las desigualdades en salud.

Las fuentes de datos son de dos tipos: registros administrativos y encuestas. Los primeros suelen estar disponibles para información demográfica, rentas económicas e información sobre morbilidad, mientras que las segundas permiten conocer estilos de vida y autopercepciones en materias donde los registros administrativos no pueden llegar o lo hacen de forma deficiente. En España,

el número de encuestas de salud disponibles, bien sean de salud general o monográficas, es elevado, tanto a nivel estatal como autonómico<sup>(13)</sup>. La construcción de sistemas de vigilancia de determinantes sociales de la salud requiere, no obstante, prestar especial atención a ciertos aspectos metodológicos<sup>(14)</sup>.

El marco geográfico del OSCN es la Comunidad Foral de Navarra, abordada desde distintos niveles territoriales. Navarra tenía una población a 1 de enero de 2018 de 647.554 habitantes<sup>(15)</sup>. Se organiza sanitariamente en 57 Zonas Básicas de Salud que, a su vez, se agrupan en tres Áreas de Salud: Pamplona, Estella y Tudela. La unidad básica de análisis geográfico elegida fue la Zona Básica de Salud (ZBS). Estos espacios *“constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la atención primaria de salud garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios”*<sup>(16)</sup>. En el momento de creación del observatorio existían 56 ZBS, aunque se representa una de ellas (Cizur-Echavacoiz) desdoblada en dos por tener características muy diferentes y funcionar así de hecho. Las ZBS tienen diferente extensión<sup>(17)</sup> (de 0,96 a 842,63 km<sup>2</sup>), tamaño poblacional<sup>(18)</sup> (de 1.342 a 25.031 habitantes) y densidad demográfica (de 3 a 19.546 habitantes/km<sup>2</sup>).

El proceso de selección de los indicadores concretos se realizó en tres etapas. Primero, el grupo de trabajo elaboró una lista de indicadores separados en dos grandes grupos: resultados en salud y determinantes de salud. Segundo, se revisaron específicamente los indicadores sociodemográficos, de estilos de vida, de morbilidad, de mortalidad y de sistema de salud, contrastándolos con los incluidos en el *Plan de Salud de Navarra 2014-2020* y en otros observatorios. Y tercero, mediante consenso, se seleccionó la lista de indicadores, valorándose las posibilidades de analizar desigualdades por sexo, zona geográfica y nivel socioeconómico.

En el contexto del observatorio, la elección del nivel de desagregación para el análisis requiere, para ser factible y útil, que se cumplan tres condiciones: disponibilidad de datos en las áreas, un número de efectivos suficiente en cada zona para realizar estimaciones fiables y que las unidades de análisis respondan a las preferencias o necesidades de las personas usuarias. Con diferentes ajustes metodológicos, los indicadores construidos a partir de registros administrativos y sanitarios permiten descender al nivel de Zona Básica de Salud, mientras que los procedentes de encuestas, hasta el momento, no lo permiten. En estos casos se asignó a la ZBS el valor del indicador del primer nivel de agregación para el que era posible calcular el indicador. En el caso de Navarra este nivel fue el de las 7 comarcas de la zonificación estadística de Navarra 2000<sup>(19)</sup>.

El grado de variabilidad entre zonas geográficas de los 21 indicadores elegidos fue valorado mediante el coeficiente de variación (CV), el valor mínimo, el máximo y los percentiles 25 y 75.

## RESULTADOS

La creación del OSCN data de noviembre de 2016 con la presentación pública del mismo, siendo comunicados sus primeros productos en el Parlamento de Navarra en octubre de 2017.

El observatorio interacciona directamente con diferentes agentes (**figura 1**). De un lado, varias instituciones sirven como fuentes de información al mismo, entre las que destaca en particular el Nastat. De otro, como usuarios, diferentes ramas del Gobierno de Navarra y una serie de agentes y redes próximas a la ciudadanía, entre los que se encuentran los equipos de atención primaria, ayuntamientos y servicios sociales de base.

Entre los productos elaborados por el observatorio ocupan un lugar importante los

**Figura 1**  
**Mapa de agentes implicados en el proceso.**



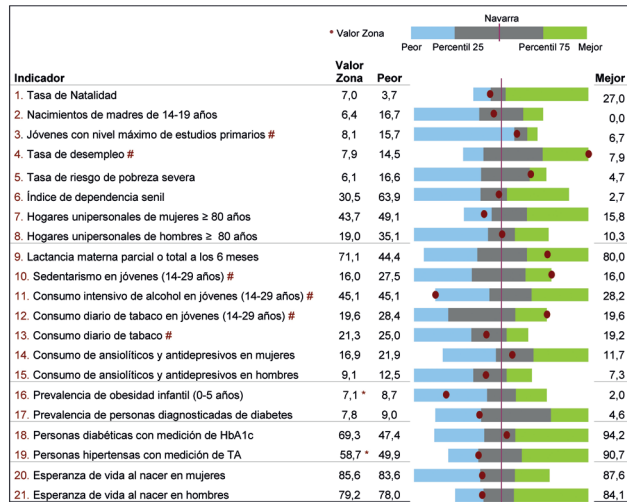
Informes de Perfil de Zona Básica de Salud. Son informes sintéticos estandarizados de cada Zona Básica de Salud donde, mediante figuras fácilmente interpretables, se presentan los valores numéricos de un panel seleccionado de 21 indicadores, así como la posición relativa de la zona respecto al resto de zonas de Navarra en cada indicador. Se presentan indicadores crudos y ajustados por edad. Los indicadores están organizados en cinco grupos: factores sociodemográficos (8 indicadores), estilos de vida (7), morbilidad (2), sistema de salud (2) y mortalidad (2). Para cada indicador aparece el año, el valor global de Navarra, el número de casos en la zona (siempre que se disponga de él y sea superior a 4, para mantener el secreto estadístico), su valor y un gráfico de barras horizontales que lo sitúa dentro de la distribución de las 57 zonas de Navarra. Se calculó la significación de las diferencias de los indicadores, salvo los sociodemográficos, respecto al valor global de Navarra. Las dimensiones de la figura impiden su reproducción completa aquí, motivo por el

que se ilustra con un detalle de la misma para la primera ZBS en orden alfabético: Altsasu/ Alsasua (figura 2).

La información sobre la distribución de los indicadores de zona y fuentes de información empleadas en los perfiles, así como los valores globales de Navarra, se recogen en la tabla 1.

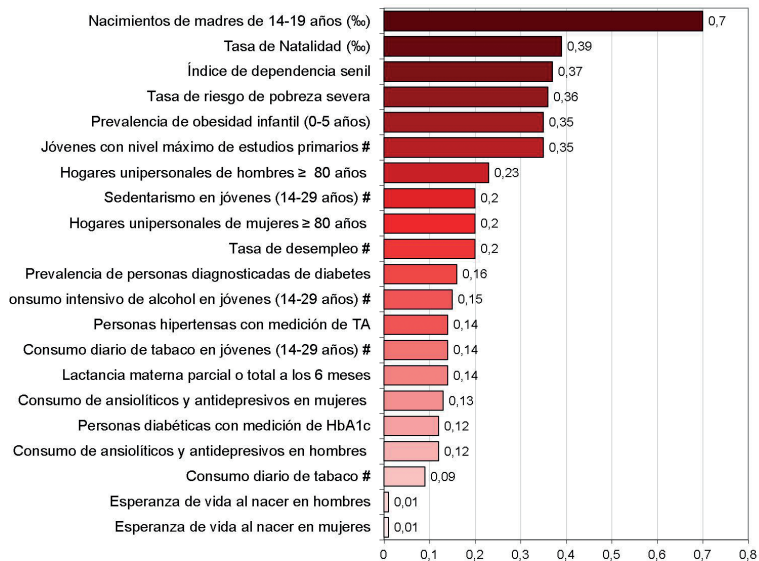
La figura 3 representa los CV entre zonas de los 21 indicadores y los ordena de mayor a menor. Los CV se encontraban entre 0,01 y 0,7. Seis indicadores tenían un CV mayor o igual a 0,3, otros seis estaban entre 0,15 y 0,3, y nueve no llegaban a 0,15. Destacó especialmente el indicador de nacimientos de madres de entre 14 y 19 años (CV=0,7), seguido a bastante distancia por la tasa de natalidad (CV=0,39). En último lugar estuvo la esperanza de vida al nacer en hombres y en mujeres (CV=0,01 para ambas). Por tipo de indicador, los sociodemográficos ocuparon ocho de las diez primeras posiciones con mayor variabilidad, los de estilos de vida

**Figura 2**  
Adaptación<sup>(a)</sup> de la figura del Informe de Perfil de Zona Básica de Salud de Altsasu/Alsasua. 2017.



(a) La información completa está en la web del OSCN<sup>(8)</sup>.

**Figura 3**  
Variabilidad<sup>(a)</sup> entre zonas en los indicadores del OSCN. 2017.



Ver notas en tabla 1. (a) El cálculo de la variabilidad entre zonas se realiza a través de los coeficientes de variación de cada indicador tomando la distribución de datos de ZBS o de zonas Navarra 2000. Estos coeficientes permiten expresar la variabilidad como proporción de la media del indicador; (#) Indicadores calculados según la zonificación Navarra 2000.

**Tabla 1**  
**Resultados de los indicadores de los Informes de Perfil**  
**por Zona Básica de Salud del OSCN. 2017.**

Indicador	Año	Navarra	Distribución de zonas				
			Mín.	Percentil 25	Percentil 75	Máx.	
<b>Factores sociodemográficos</b>	1. Tasa de Natalidad	2015	9,4	3,7	7,2	10,2	27,0
	2. Nacimientos de madres de 14-19 años	2011-2015	5,4	0,0	2,6	8,2	16,7
	3. Jóvenes con nivel máximo de estudios primarios <sup>(a)</sup>	2011	9,2	6,7	7,4	8,3	15,7
	4. Tasa de desempleo <sup>(a)</sup>	2016	12,5	7,9	10,3	13,4	14,5
	5. Tasa de riesgo de pobreza severa	2015	8,8	4,7	6,2	10,6	16,6
	6. Índice de dependencia senil	2016	29,5	2,7	27,3	37,7	63,9
	7. Hogares unipersonales de mujeres ≥ 80 años	2016	39,0	15,8	32,2	41,6	49,1
	8. Hogares unipersonales de hombres ≥ 80 años	2016	19,1	10,3	16,6	21,6	35,1
<b>Estilos de vida</b>	9. Lactancia materna parcial o total a los 6 meses	2015	61,2	44,4	56,1	66,4	80,0
	10. Sedentarismo en jóvenes (14-29 años) <sup>(a)</sup>	2013	20,2	16,0	18,2	22,7	27,5
	11. Consumo intensivo de alcohol en jóvenes (14-29 años) <sup>(a)</sup>	2013	37,8	28,2	34,5	39,1	45,1
	12. Consumo diario de tabaco en jóvenes (14-29 años) <sup>(a)</sup>	2013	22,6	19,6	21,7	26,1	28,4
	13. Consumo diario de tabaco <sup>(a)</sup>	2012	20,5	19,2	20,3	22,1	25,0
	14. Consumo de ansiolíticos y antidepresivos en mujeres <sup>(b)</sup>	2016	17,7	11,7	15,5	18,2	21,9
	15. Consumo de ansiolíticos y antidepresivos en hombres <sup>(b)</sup>	2016	8,6	7,3	8,3	9,7	12,5
<b>Morbilidad</b>	16. Prevalencia de obesidad infantil (0-5 años) <sup>(c)</sup>	2015	4,3	2,0	3,6	5,0	8,7
	17. Prevalencia de personas diagnosticadas de diabetes <sup>(c)</sup>	2017	7,1	4,6	5,7	7,7	9,0
<b>Sistema de salud</b>	18. Personas diabéticas con medición de HbA1c	2016	67,8	47,4	62,6	72,0	94,2
	19. Personas hipertensas con medición de TA	2016	65,4	49,9	58,7	71,2	90,7
<b>Mortalidad</b>	20. Esperanza de vida al nacer en mujeres	2008-2015	86,2	83,6	85,6	86,6	87,6
	21. Esperanza de vida al nacer en hombres	2008-2015	80,1	78,0	79,3	80,6	84,1

Fuente de indicadores: 1 y 2, Movimiento Natural de la Población; 3, Censo; 4, Encuesta de Población Activa (EPA); 5, Estadística de la Renta; 6-8, Padrón; 10-12, Encuesta Navarra de Juventud y Salud; 13, Encuesta Social y de Condiciones de Vida de Navarra; 14-15, LAMIA/Prestación Farmacéutica; 9,16-19, ATENEA/Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria; 20-21, ISPLN. (a) Indicadores calculados según la zonificación Navarra 2000; (b) Indicador ajustado por edad; (c) Indicador ajustado por sexo y edad.

se alternaron con los de morbilidad y sistema de salud en el resto de la clasificación y los de esperanza de vida ocuparon los dos últimos puestos.

## DISCUSIÓN

Resulta difícil establecer una definición común a todos los observatorios de salud, muy ligados en sus funciones y estructuras a las circunstancias históricas particulares de su aparición, aunque se pueden identificar como características comunes la combinación de la perspectiva académica y la institucional sobre la salud, su estructura de pequeño tamaño, la alta cualificación del personal, la rapidez de respuesta, su capacidad para establecer redes de trabajo y su foco en tratar de orientar las políticas públicas<sup>(20)</sup>.

El OSCN se configura en la línea de otros observatorios en salud, prestando atención a sus productos y procedimientos. Entre ellos existen variaciones en aspectos como los indicadores concretos seleccionados o la forma de presentar los datos. En el ámbito español, tanto Salud Poblacional-Osagin, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco<sup>(5)</sup>, como el Observatorio de Salud de Asturias<sup>(6)</sup> ofrecen, al igual que el OSCN, indicadores que abarcan tanto los determinantes como los resultados en salud, representados sobre el territorio a través de mapas temáticos. En Asturias incluyen la clasificación de zonas mediante la elaboración de un *ranking* en torno a cada indicador. En cualquier caso, en la base de todos está el establecimiento de un sistema de comparación, que es una de las características definitorias de estos instrumentos, habitualmente centrado en áreas pequeñas. Los datos de poblaciones grandes tienen la ventaja de sustentarse sobre un número alto de efectivos, lo cual permite su cruce con diferentes variables sociodemográficas. Sin embargo, buena parte del valor añadido de los observatorios consiste en enfocar hacia áreas

más pequeñas, al igual que ya se hace con los espacios urbanos de grandes ciudades<sup>(21,22)</sup>, para valorar así desigualdades territoriales y aproximar los datos a la singularidad de los espacios donde actúan los agentes implicados en la acción local de salud.

El proceso de creación del observatorio y sus productos adolecen de algunas limitaciones. La selección de indicadores es limitada y ha de conjugar la disponibilidad de datos con las posibilidades de obtener un cálculo fiable de los mismos a nivel de ZBS. Medidas como el recurso a datos de encuesta desde un nivel geográfico superior, la consideración de periodos plurianuales o la unión de zonas contiguas ayudan a subsanar estas dificultades, pero no hacen que desaparezcan. Además, el mantenimiento de los productos generados requiere del compromiso de un conjunto de instancias institucionales en la provisión de los mismos que, si bien enriquece el resultado, exige recursos extraordinarios de personal y de tiempo. Entre sus fortalezas está la multidisciplinariedad, tanto en el diseño como en su desarrollo, la cual permite abordar el proceso desde diferentes perspectivas de análisis, así como la riqueza de las fuentes de información disponibles, tanto de registros como de encuestas periódicas.

Los Informes de Perfil de Zona Básica de Salud se han consolidado en el OSCN como un elemento central de análisis territorial y guía de la acción en salud. Siguen las recomendaciones generales de la literatura en torno a los puntos clave que han de guiar la elaboración de los informes de salud<sup>(23)</sup>: organizar espacios de encuentro, trabajar desde la transparencia, tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, identificar desigualdades, hacer análisis por áreas geográficas pequeñas, facilitar la comparación, apoyarse en elementos visuales y establecer una retroalimentación más allá del ámbito sanitario. Su principal virtud consiste en posicionar cada zona por indicadores en

términos relativos al resto, permitiendo ver rápidamente si se encuentra entre el 25% con peores valores, en el 25% con mejores valores o en el rango intercuartílico. La interpretación de estas posiciones relativas debe ser, sin embargo, el último paso antes de pronunciarse sobre su situación en salud. Primero hay que valorar el dato global del indicador en la comunidad, tanto en términos absolutos como en relación a otros lugares. Segundo, observar la variabilidad del indicador entre zonas básicas, que puede ser muy amplia o más reducida. Finalmente, la posición de la zona respecto a otras habla del margen de mejora, el cual será más o menos relevante en función del significado del indicador y de las dos cuestiones anteriores.

Los perfiles se complementan con una aplicación de consulta<sup>(24)</sup> de los mapas temáticos<sup>(25)</sup> de cada indicador, una comparativa de indicadores de Navarra con los del conjunto de España, una sección de documentos e informes sobre temas de salud y, finalmente, un mapa que georreferencia los activos de salud de Navarra.

Un punto clave en relación con la utilidad del uso de los indicadores de los perfiles, además de las relativas a los datos comentadas en el apartado de metodología, es que no muestren una imagen monótona de las ZBS, sino que reflejen realidades distintas entre ellas que permitan establecer prioridades a nivel local. De acuerdo a los CV encontrados, los indicadores seleccionados en los perfiles recogen una variabilidad espacial que parece útil para ejercer la acción local en salud y priorizar las actuaciones en las ZBS. La mayor variación territorial se concentra en los indicadores sociodemográficos, reflejando así la diversidad social de Navarra. Entre los indicadores de salud, el de mayor variabilidad es la prevalencia de obesidad infantil entre 0 y 5 años, lo que motiva el refuerzo en los programas de prevención de 2018 en las zonas básicas más afectadas de Navarra.

De cara a la intervención desde un enfoque centrado en la capacidad de generar salud (salutogénesis<sup>(26)</sup>), los resultados de los observatorios deben vincularse con Atención Primaria, con los agentes sociales y con lo que se ha llamado activos de salud: *“cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de los individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”*<sup>(27)</sup>. La experiencia derivada de las presentaciones del observatorio que se realizaron en Navarra, conjuntamente a centros de salud (dirección, jefaturas de enfermería y trabajadoras/es sociales), ayuntamientos y servicios sociales, permitió abrir canales de retroalimentación en los resultados y facilitó la coordinación para futuras intervenciones concretas. Los productos del OSCN suponen una unificación de los indicadores, y la publicación de los mismos genera una alta disponibilidad de la información, en un formato accesible tanto para profesionales como para la ciudadanía en general. Queda, no obstante, mucho trabajo por realizar al respecto, también en la puesta en marcha desde lo local de procesos de mapeo y seguimiento de activos de salud<sup>(28)</sup>.

Los indicadores seleccionados no conforman un listado cerrado y permanente, por lo que deben continuar los esfuerzos para desarrollar nuevos indicadores e identificar desigualdades, conjugando la labor de síntesis con la necesidad de integrar nuevos aspectos que enriquezcan los productos. El objetivo último del observatorio es aportar elementos que ayuden a difundir acciones para los agentes locales. Aunque se han dado los primeros pasos en ese sentido, todavía queda camino por recorrer para desarrollar todo el potencial de este nuevo instrumento.

En suma, instrumentos como el Observatorio de Salud Comunitaria pueden aportar un valor



añadido al abordaje de la salud y sus determinantes, con productos específicos para cada ZBS que comunican de una forma más eficaz los resultados a los agentes que trabajan sobre el terreno. Aún es pronto para llevar a cabo una evaluación completa de su impacto en la comunidad o entre sus profesionales<sup>(29)</sup>. Sin embargo, estos primeros resultados y la retroalimentación recibida alientan a que el observatorio siga creciendo, ampliándose y mejorando, para lo que es clave la participación activa de los agentes sociales así como las experiencias de otros lugares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Providing health intelligence to meet local needs: A practical guide to serving local and urban communities through public health observatories. Kobe: OMS; 2014. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152645/1/9789241508162\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152645/1/9789241508162_eng.pdf?ua=1&ua=1).
2. Public Health England, Local Authority Health Profiles. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/health-profiles>.
3. Public Health Information for Scotland, Scottish Public Health Profiles. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://www.scotpho.org.uk/>.
4. Centers for Disease Control and Prevention, Social Determinants of Health. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>.
5. Gobierno Vasco, Salud poblacional-Osagin. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/salud-poblacional/inicio/>.
6. Observatorio de Salud de Asturias. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://obsaludasturias.com>.
7. Agencia de Salud Pública de Barcelona, Infobarris. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://www.aspb.cat/docs/infobarris/>.
8. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: [www.observatoriosalud.navarra.es](http://www.observatoriosalud.navarra.es).
9. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: [https://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/portada+ISP.htm](https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/portada+ISP.htm).
10. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Plan de Salud Pública 2016-2020. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2016. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/372448/PlandeSaludPublica.pdf>.
11. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper, King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health; sep 1993: Oxfordshire. En: Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2007. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: MSSSI; 2015. (Consultado 1 septiembre 2019). Disponible en: [http://www.msccs.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Políticas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msccs.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf).
13. Requena ML, Suárez M, Pérez O y Grupo Técnico de Encuestas de Salud de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Encuestas de salud en España: situación actual. Rev Esp Salud Pública. 2013; 87:549-73.
14. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gac Sanit. 2016; 30(Suppl 1):38-44.

15. Instituto de Estadística de Navarra, Información Estadística: Población y Demografía. (Consultado 10 agosto 2019). Disponible en: <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=1>.
16. Boletín Oficial de Navarra. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra. BON núm. 146, de 3-12-1990.
17. Sistema de Información Territorial de Navarra. Delimitación de las Zonas Básicas de Salud [archivo shapefile]. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <http://idena.navarra.es/portal/descargar>.
18. Instituto de Estadística de Navarra, Población por Zonas Básicas de salud, edad y sexo. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: [https://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Informacion+tecnica/Sanidad/zonificacion+sanitaria+navarra.htm](https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Informacion+tecnica/Sanidad/zonificacion+sanitaria+navarra.htm).
19. Boletín Oficial de Navarra. Orden Foral 89/2001, de 5 de abril, del Consejero de Economía y Hacienda, por la que se establece la nueva composición y denominaciones de la Zonificación “Navarra 2000”. BON núm. 69, de 6-6-2001.
20. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57:324-26.
21. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez È. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67:389-91.
22. Llimona P, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Novoa AM, Espelt A, García de Olalla P et al. Infobarris: una herramienta interactiva para monitorizar y divulgar información sobre la salud y sus determinantes en los barrios de Barcelona. *Gac Sanit*. 2017; 31(5):427-31.
23. Segura A, Borrell C, García-Armesto S, Bartoll X, Novoa AM. Los informes de salud como eje de los servicios de salud pública. *Gac Sanit*. 2016; 30(S1):31-7.
24. Qgis2web [programa de ordenador]. Chadwin T et al.; 2017. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://github.com/tomchadwin/qgis2web/wiki>.
25. QGIS Geographic Information System [programa de ordenador]. Open Source Geospatial Foundation Project. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <https://www.qgis.org/es/site/>.
26. Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
27. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007; Suppl 2:17-22.
28. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016; 30(Suppl 1):93-8.
29. Casajuana Kögel 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(3):183-89.