



INFORME DAFO

Estrategia Salud Comunitaria de Andalucía

Resultados

Análisis Estratégico:

Evaluación del Entorno Interno y Externo (DAFO y Ponderaciones MEFE-MEFI)

Grupo Oficina Técnica

oct-24

Autores

Este informe ha sido elaborado por la Oficina Técnica de la ESCA

María Díaz Serrano. Servicio de Planificación Operativa. SAS

Pablo García-Cubillana de la Cruz. Director de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030.

Inmaculada Gasco Fernández. Servicio de Planificación Operativa. SAS

Teresa Iriarte de los Santos. Servicio de Planificación Operativa. SAS

Pedro Morera Pérez. Servicio de Planificación Operativa. SAS

Pilar Navarro Pérez EASP

Luna Rodríguez Pérez Servicio de Planificación Operativa. SAS

Dolores Rodríguez Ruz Coordinadora de Relaciones Intersectoriales Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud y Consumo

Ainhoa Ruiz Azarola. EASP

Sebastián Tornero Patricio. Jefe del Servicio de Planificación Operativa. SAS

Fecha de publicación

Noviembre 2024.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	1
Objetivo general	1
Objetivos específicos	1
METODOLOGÍA	2
Fase 1: Diagnóstico estratégico	2
Fase 2: Desarrollo Estratégico	3
DEBILIDADES	5
Organización	5
Insuficiencia de Recursos	7
Soporte Directivo/ Implicación Directiva	7
Modelo biomédico	7
Sistema de Información	7
Profesionales	8
Evaluación e Investigación	8
FORTALEZAS	9
Mirada Salutogénica y Comunitaria	9
Organización	9
Profesionales	10
Soporte Directivo	11
Recursos	11
Redes	11
Sistema de Información	12
AMENAZAS	12
Entorno Ambiental	12
Entorno Económico	12
Entorno Político	12
Entorno Social	13
OPORTUNIDADES	14
Entorno Político	14
Entorno Social	15
Entorno Legal	16

MEFI.....	17
Ponderación de Debilidades	17
Ponderación de Fortalezas.....	18
Impacto valorado de las debilidades y fortalezas en el logro de los objetivos organizacionales	19
MEFE.....	22
Ponderación de Amenazas.....	22
Ponderación de Oportunidades	22
Impacto valorado de las amenazas y oportunidades en el logro de los objetivos organizacionales.....	23
Anexo 1.....	26
PLANTILLA DAFO	26

INTRODUCCIÓN

La salud comunitaria representa un enfoque integral que abarca la salud individual y colectiva dentro de una comunidad específica, influenciada por diversos factores sociales, económicos, culturales y ambientales. Este enfoque es fundamental para abordar las desigualdades en salud y promover la equidad.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, con la finalidad de reforzar la orientación comunitaria en la atención primaria, se planteó la formulación de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía.

Marco de Referencia

La orientación comunitaria en Atención Primaria se plantea en tres niveles. El primero es el nivel individual y familiar, que implica la integración de un enfoque biopsicosocial en la práctica asistencial cotidiana, considerando los contextos personales y familiares de los pacientes. El segundo nivel es el grupal, enfocado en la educación para la salud con un énfasis en los determinantes sociales, promoviendo acciones educativas dirigidas a la comunidad. El tercer nivel es el colectivo, que abarca la acción comunitaria en salud, trabajando de manera intersectorial e interdisciplinaria con diversos agentes del territorio para mejorar el bienestar de la comunidad.

La participación comunitaria es crucial en este enfoque, involucrando a la ciudadanía, los recursos técnicos y las administraciones públicas en la planificación, diseño, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar y consolidar una Estrategia de Salud Comunitaria en Andalucía, basada en un diagnóstico estratégico integral (DAFO, MEFI, MEFE) que permita identificar y abordar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del sistema, con el objetivo de promover la equidad, mejorar la accesibilidad y fomentar la participación activa de la comunidad en el cuidado de su salud.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar el estado actual del entorno interno y externo de la estrategia de salud comunitaria, mediante un análisis exhaustivo de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.
2. Identificar las prioridades organizacionales y estructurar un plan de acción que permita maximizar las fortalezas y oportunidades, mientras se mitigan las debilidades y amenazas.
3. Diseñar líneas estratégicas integradoras que favorezcan la colaboración intersectorial y multidisciplinar, fomentando la mirada salutogénica y comunitaria.

METODOLOGÍA

Fase 1: Diagnóstico estratégico

DAFO

El diseño de la Estrategia de Salud Comunitaria requiere un enfoque sistemático y participativo que permita la integración de múltiples perspectivas y conocimientos. Se realizó un análisis de situación que se complementó con un diagnóstico estratégico realizado por los integrantes de la oficina técnica del proyecto.

El diagnóstico estratégico incluyó un exhaustivo análisis DAFO, en el cual los integrantes de la oficina técnica identificaron Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades relacionadas con la estrategia de salud comunitaria en Andalucía. Se proporcionó una plantilla (ver Anexo 1) para guiar el proceso de reflexión individual. Cada participante completó la plantilla de manera autónoma y la envió a la facilitadora de la dinámica, quien se encargó de agrupar las aportaciones en diferentes dimensiones y categorías. Posteriormente, se llevó a cabo una sesión presencial para compartir y discutir los resultados. Al finalizar, se enviaron los resultados consolidados a los participantes para que pudieran ajustar y matizar sus aportaciones de forma individual.

Se completó el Diagnóstico Estratégico con la realización de una Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) y una Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE) para ello se realizó una sesión presencial. Las matrices MEFI y MEFE son herramientas usadas en la gestión estratégica, utilizadas para analizar tanto los factores internos de una organización (fortalezas y debilidades) como los externos (oportunidades y amenazas) que afectan su desempeño. Este enfoque permite a las organizaciones no solo identificar su posición actual, sino también formular estrategias efectivas para adaptarse a su entorno.

MEFI Y MEFE

Matriz de factores internos

Paso 1: Se clasificaron las fortalezas y debilidades aportadas por el grupo en categorías y subcategorías.

Paso 2: Los integrantes de la oficina técnica ponderaron cada subcategoría. Se solicitó, que, de manera individual, se valorara cada subcategoría en una escala del 1 al 5, según la relevancia percibida (1 nada importante 5 muy importante). Posteriormente, se calculó el valor promedio de cada subcategoría, ajustándolo posteriormente a una escala de 0 a 1, donde 0,00 indicaba "poco importante" y 1,00 "muy importante".

Paso 3: Se asignó de forma individual un valor según el impacto que tienen las fortalezas o debilidades en el logro de los objetivos organizacionales. En este caso se siguió la siguiente escala y se procedió a calcular la media:

- 1= Debilidad mayor o con mucha influencia
- 2= Debilidad menor o con poca influencia
- 3 = Fortaleza menor
- 4 = Fortaleza mayor

Paso 4: Se obtuvo la ponderación, que es el resultado de multiplicar el peso por el valor asignado a cada una de las subcategorías de fortalezas o debilidades:

$$\text{Puntuación total} = \text{Peso (0-1)} * \text{Calificación (entre 1 y 4)}$$

Paso 5: Se sumaron los pesos obtenidos y si el resultado fue mayor a 2,5 significaba que las fortalezas están siendo utilizadas adecuadamente, en caso contrario si la puntuación es menor a 2,5 significa que las fortalezas no están siendo aprovechadas al máximo y por lo tanto, la Organización se considera débil.

Matriz de factores externos

Paso 1: Se clasificaron las amenazas y oportunidades aportadas por el grupo en categorías y subcategorías.

Paso 2: Los integrantes de la oficina técnica ponderaron cada subcategoría y se procedió con la misma metodología que la indicada en el Paso 2 de la MEFI

Paso 3: Se asignó de forma individual un valor según el impacto que tienen las oportunidades o amenazas en el logro de los objetivos organizacionales. En este caso se siguió la siguiente escala y se procedió a calcular la media:

- 1 = Amenaza importante o con mucha influencia
- 2 = Amenaza menor o poca influencia
- 3 = Oportunidad menor o poco aprovechable
- 4 = Mayor oportunidad o muy aprovechable

Paso 4: Se obtuvo la ponderación, que es el resultado de multiplicar el peso por el valor asignado a cada una de las subcategorías de oportunidades o amenazas:

$$\text{Puntuación total} = \text{Peso (0-1)} * \text{Calificación (entre 1 y 4)}$$

Paso 5: Se sumaron los pesos obtenidos y si el resultado fue mayor a 2.5 significaba que las oportunidades organizacionales están siendo aprovechadas adecuadamente, en caso contrario si la puntuación es menor a 2.5 significa que no estaban aprovechando al máximo las oportunidades y por lo tanto la organización podría verse amenazada.

Fase 2: Desarrollo Estratégico

El desarrollo estratégico siguió, también, un enfoque participativo y estructurado, basado en la definición y priorización de objetivos estratégicos. Este proceso se articuló en varias etapas clave:

Definición de objetivos estratégicos:

La oficina técnica fue la responsable de proponer una serie de objetivos estratégicos alineados con las necesidades y retos identificados en el diagnóstico inicial. Estos objetivos se formularon con claridad, buscando impactar de manera efectiva en las áreas prioritarias de la estrategia de salud comunitaria.

Se realizó una primera sesión de trabajo presencial en la que a partir de las prioridades establecidas en el la MEFI y MAFE se comenzó a construir el CAME del cual posteriormente se extrajeron los objetivos generales y específicos de la ESCA.

Para ello el equipo respondió a las siguientes preguntas:

- ¿Qué acciones podemos tomar para corregir estas debilidades?
- ¿Cómo asegurar que estas fortalezas sigan siendo efectivas?
- ¿Cómo podemos explotar estas oportunidades?
- ¿Qué estrategias podemos implementar para afrontar estas amenazas?

Priorización de objetivos:

Una vez definidos, los objetivos fueron evaluados y priorizados utilizando una escala consensuada por la oficina técnica. Este proceso permitió establecer un orden de importancia que refleje las necesidades reales del contexto y optimice el uso de los recursos disponibles.

Determinación de líneas estratégicas:

A partir de la priorización de los objetivos, se desarrollaron las líneas estratégicas que guiarán las acciones a seguir. Estas líneas estarán diseñadas para maximizar el impacto y garantizar la coherencia entre los distintos componentes de la Estrategia de Salud Comunitaria en Andalucía.

Valoración y aportaciones de los grupos profesionales:

La propuesta inicial de la oficina técnica fue sometida a la valoración y revisión por parte de grupos de profesionales relevantes. Se organizará una jornada con representantes profesionales de los diferentes centros directivos del SAS del ámbito de la Atención primaria y Comunitaria sesiones de consulta y debate donde los profesionales podrán aportar sus sugerencias, validar las líneas propuestas y enriquecer la estrategia con su experiencia y conocimiento del terreno.

Integración de aportaciones:

Las contribuciones de los grupos profesionales se integrarán en la versión final del plan estratégico, asegurando que las decisiones adoptadas reflejen un amplio consenso y una visión integradora de las distintas perspectivas del sector.

En este documento se recogen los resultados del análisis DAFO y los resultados de la matriz MEFI y MEFE.

PARTICIPANTES ANÁLISIS DAFO-MEFI-MEFE

Nombre	Apellidos
María	Díaz Serrano
Pablo	García-Cubillana de la Cruz
Inmaculada	Gasco Fernández
Teresa	Iriarte de los Santos
Pedro	Morera Pérez
Pilar	Navarro Pérez
Dolores	Rodríguez
Luna	Rodríguez Pérez
Sebastián	Tornero Patricio

DEBILIDADES

Organización

Cartera de servicios

- En la cartera de servicio hay escasas referencia a la salud comunitaria

Fragmentación de niveles

- Los niveles de intervención comunitaria se ven como compartimentos estanco sin relación entre ellos.

Comunicación

- Escaso desarrollo de vías de comunicación sociosanitaria.
- Falta de comunicación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria lo que puede dificultar el traspaso de información y el cambio.

Coordinación

- Coordinación insuficiente por parte del SAS con los Servicios Sociales Comunitarios y los Ayuntamientos en general.

Desconocimiento de recursos comunitarios

- Desconocimiento de recursos comunitarios por parte de los profesionales sanitarios.
- Falta de conocimiento por parte de los profesionales sanitarios sobre los recursos y proyectos comunitarios.

Desconocimiento de recursos humanos

- Desconocemos los recursos humanos que realizan actividad comunitaria (en el momento actual se está actualizando la cartera de trabajo social de AP, existiendo un apartado de comunitaria)

Disponibilidad horaria

- Poca disponibilidad horaria para actuaciones comunitarias (adaptación de las agendas)
- Hacer comunitaria depende de la voluntariedad de los/las profesionales
- Falta de tiempo en las agendas profesionales para atención comunitaria: La falta de tiempo en las agendas de los profesionales para la atención comunitaria dificulta la ejecución o puesta en marcha de la estrategia de salud comunitaria.
- Nivel 1 - falta de tiempo de los profesionales en consulta.
- Nivel 2 - falta de tiempo en la agenda de los profesionales para este fin
- Nivel 3 - falta de tiempo fuera de las agendas de los profesionales para hacer intervenciones comunitarias
- La presión sobre la reducción de la demora en consulta no permite espacios para la acción comunitaria en salud.
- Sobrecarga asistencial

Falta de funcionamiento de estructuras

- No todas las estructuras de participación creadas en su día están en funcionamiento (al menos esa es mi percepción).
- Nivel 2 - al no 'captarse' personas para las intervenciones grupales por parte de los profesionales no hay número suficiente para hacer grupos y se 'pasa' el tiempo y se dejan de hacer.

Fragmentación de servicios

- Fragmentación de los servicios de salud que puede afectar la continuidad y la calidad de la atención.

Gestión clínica

- La salud comunitaria no se encuentra en Contrato programa ni en acuerdos de gestión clínica

Prioridad organizacional

- Los objetivos actuales de los cuadros de mandos no reflejan el compromiso actual del sistema sanitario respecto a la acción comunitaria en salud.
- No existen objetivos definidos de atención comunitaria.
- No es una cuestión prioritaria para la organización
- No forma parte del contrato programa hacer salud comunitaria

Crisis de accesibilidad

- La AP se encuentra en un momento de crisis, por los problemas de accesibilidad existentes y la percepción de la ciudadanía sobre las dificultades para conseguir cita.

Promoción de actividades

- Ausencia de un sistema de promoción de las actividades de salud comunitaria entre los profesionales, por ejemplo un banco de buenas prácticas o alguna jornada, plataforma, etc... para 'motivar' al profesional

Falta de protocolización y variabilidad de gestión

- En el ámbito de la promoción de la salud, es muy común que los esfuerzos se centren en acciones individuales y grupales, principalmente de educación para la salud, obviando las acciones más estructurales, que inciden sobre los entornos de vida que condicionan la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.
- No hay protocolos definidos y homogéneos.
- Variabilidad entre las distintas áreas de gestión o Distritos sanitarios que causa problemas de accesibilidad de los pacientes a la Atención Primaria lo que pudiera afectar también en la salud comunitaria, esto puede limitar el alcance de las estrategias de salud comunitaria.

Insuficiencia de Recursos

- Falta de Recursos
- Falta de Recursos: Posible falta de medios financieros y humanos, lo que podría afectar la sostenibilidad de las estrategias de salud comunitaria.
- Inexistencia de recursos económicos
- Falta de recursos para su implantación
- No existen referentes de salud comunitaria en centros de salud/Ds AP
- Excesiva burocratización y limitación de recursos, lo que puede dificultar la implementación de la estrategia de salud comunitaria
- Si bien existen acciones comunitarias dirigidas directamente a la ciudadanía, teniendo un impacto directo sobre ella, muchas otras, las más estructurales, no cuentan con visibilidad y, por tanto, con rédito político a corto plazo que impulse su desarrollo.

Soporte Directivo/ Implicación Directiva

- Falta de implicación de los equipos directivos (a nivel de distrito y de centro)
- Existe un liderazgo insuficiente por parte de los equipos directivos para impulsar y mantener la acción comunitaria en salud.
- Falta de soporte directivo para realizar la salud comunitaria

Modelo biomédico

Cultura organizacional

- El centro de salud como único generador de salud, sin mirar al territorio a otros agentes clave y ámbitos de actuación
- Culturalmente existe la idea de que todo se resuelve en la consulta “médica”.
- Enfoque en la enfermedad: Centrado en la enfermedad, no mirada salutogénica
- Poca importancia a las acciones comunitarias
- Modelo biomédico imperante
- Tenemos un modelo de atención basado en la demanda.
- Persistencia del enfoque biomédico en un número considerable de profesionales sanitarios, con baja sensibilidad a la mirada comunitaria, centrada en los determinantes sociales de la salud.

Visibilidad de actividades

- La visibilización tanto entre profesionales como entre la población de las actuaciones que se hacen, falta poner en valor las actividades de salud comunitaria.
- Es una actividad invisible que en ocasiones se realiza fuera de horario de trabajo

Sistema de Información

Sistema de Registros

- Falta de integración de los registros sociosanitarios.
- No se cuenta con un sistema de información ni agenda comunitaria utilizable por todas las categorías que registre la actividad comunitaria, no existe cuadro de mando ni objetivos sobre salud comunitaria

- Los sistemas de información corporativos no recogen las acciones comunitarias de ámbito poblacional.
- El Sistema de registro de las actividades comunitarias es muy pobre y no está unificado ente los distritos.
- El sistema de registro de las actividades es pobre

Profesionales

Falta de consolidación de TSESPC

- La categoría profesional de Técnico/a de Salud en Educación para la Salud y Participación Comunitaria (TSESPC) no está bien asentada en los DSAP/AGS. Existen varios centros directivos sin esta categoría y en varios casos, desarrollan funciones ajenas a su categoría.

Motivación Profesional

- Poca motivación profesional. Profesional quemado.

Red profesional de actividades comunitarias

- Falta de desarrollo y adherencia a la Red de Actividades Comunitarias que facilite el contacto y el intercambio de información.

Formación de profesionales

- Los propios profesionales 'expertos' en salud comunitaria, no recibimos formación específica. Tampoco hay formación en pregrado.
- Falta de formación comunitaria en profesionales y en educación para la salud para la ciudadanía
- Falta de formación de los profesionales en salud comunitaria
- Formación específica (continuada y/o inicial) de salud comunitaria y en determinantes de salud de los profesionales de AP

Evaluación e Investigación

- La evaluación de las intervenciones comunitarias es nula o pobre
- Existe poca evaluación e investigación sobre salud comunitaria
- Falta el fomento de la evaluación e investigación en actuaciones de salud comunitaria
- No tenemos un sistema de indicadores establecido por Niveles que podamos explotar fácilmente
- Escasa investigación en salud comunitaria.
- Poca investigación en salud comunitaria, nos enfrentamos a algo 'nuevo'
- Falta de identificación, evaluación y difusión de buenas prácticas de salud comunitaria.

FORTALEZAS

Mirada Salutogénica y Comunitaria

- Lo comentado en el apartado anterior sobre la mirada salutogénica y comunitaria como respuesta complementaria a los problemas de accesibilidad y el envejecimiento de la población, que se le ofrece a la ciudadanía para ganar salud.

Organización

Estructura Atención Primaria

- Estructura consolidada de centros de Atención primaria en toda la región
- Los centros de Atención Primaria llegan a todas las poblaciones.
- Medicina Rural. Es más sencilla la cooperación con los recursos comunitarios en las zonas rurales.

Buenas prácticas nivel 2

- Nivel 2 – Identificar las buenas prácticas de los distintos programas con intervenciones en este nivel y aplicarlas en el resto de centros.

Difusión en RRSS

- Disponemos de RRSS para difundir la estrategia

Equipo de salud comunitaria

- Nombrar a un equipo de salud comunitaria del centro (¿más de una persona, quizás una por nivel?) para que no se quede parado si esa persona no está (vacaciones, enfermedad, traslado...)

Planes y estrategias

- Otras estrategias aprobadas recientemente con cuestiones que se abordan desde la salud comunitaria: Estrategia de vida saludable y estrategia de coordinación sociosanitaria- Actualmente se está trabajando en Coordinación con Igualdad en mesas locales de coordinación sociosanitaria
- Programa de Humanización de la asistencia sanitaria: Iniciativas como el Plan de Humanización del SSPA, que buscan mejorar la atención centrada en la persona y promover la colaboración multidisciplinar integrándolo en la salud comunitaria.
- Tenemos una estrategia de hábitos de vida saludable ampliamente conocida por las direcciones de los distritos, que está íntimamente relacionada con esta estrategia en sus niveles 2 y 3 sobre todo.
- Muchos planes y estrategias en marcha
- La existencia de programas de orientación comunitaria impulsados desde Salud, desarrollados en ámbitos no sanitarios (RELAS, hábitos saludables en el ámbito educativo, PSLT...)

Consejos de Salud y Participación

- Existencias de consejos de salud y de participación??

- La existencia de estructuras de participación en el ámbito de la AP, si bien, como se ha comentado en el apartado anterior, precisan de nuevo impulso

Experiencia

- Amplia experiencia en salud comunitaria en atención primaria de salud
- La experiencia y el bagaje de muchos profesionales del SSPA en el desarrollo de programas y actuaciones comunitarias a lo largo de los años.
- Experiencia en coordinación intersectorial y trabajo en red
- Experiencia y metodología comunitaria a través de RELAS
- Experiencia del sistema en participación ciudadana

Gobernanza

- El sistema de gobernanza de la EPVSA que se está conformando en la actualidad, en el marco de la Comisión Interdepartamental para las Políticas Públicas relacionadas con la salud, también creada recientemente.

Sistema Sanitario Público Andalucía

- Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA): La existencia de un sistema sanitario público bien estructurado y con una larga tradición de atención a la salud de la comunidad.

Revisión carga asistencial

Tenemos la oportunidad de revisar de la carga asistencial las acciones lo que tienen más evidencia de beneficio para la salud de la ciudadanía y la que no

Herramienta Evalua GPS

- Existe una herramienta: Evalua GPS, (EVALGUÍA) para poner en práctica las recomendaciones de la guía basada en la evidencia sobre cómo mejorar la participación comunitaria para la salud y el bienestar, y reducir las desigualdades (Guía NICE NG44, adaptada al contexto español). <https://evaluagps.com/>

Profesionales

Colectivos profesionales con margen de tiempo y nuevos roles profesionales

- Existencia de muchas categorías profesionales para la acción comunitarias
- La existencia de colectivos profesionales con margen de tiempo en las agendas para el desarrollo de acciones comunitarias (TSESPC, enfermeras escolares, futuras enfermeras familiar y comunitaria)
- Enfermeras Comunitarias
- Contar con las enfermeras comunitarias
- Enfermería comunitaria y escolar son un recurso para los niveles 2 y 3
- Nuevos roles profesionales. Enfermeras Especialistas en Salud Comunitaria. Enfermeras escolares.

Profesionales cualificados

- Profesionales Cualificados: Alta cualificación y dedicación de los profesionales sanitarios, lo que contribuye a la efectividad del sistema.
- Tenemos profesionales de educación para la salud en la mayoría de los distritos
- Profesionales Nivel 1
- Todos los profesionales de AP en consulta pueden hacer el nivel 1 en los casos indicados (se invierte tiempo presente pero se ahorra tiempo futuro).

Conocimiento Comunitario

- Conocer la comunidad donde trabajamos y trabajar de manera intersectorial y participada

Equipo implicado y motivado

- Hemos conformado un equipo implicado, motivado y formado en acción comunitaria

Formación

- Cursos de formación sobre salud comunitaria disponibles del Ministerio
- El sistema cuenta con perfiles con formación y experiencia en salud comunitaria: técnicos de educación para la salud, trabajadoras sociales
- Tenemos una trayectoria en la formación de formadores lo que nos permite tener una masa de profesionales que ya conocen ese formato de formación en red para expandir el conocimiento.
- Nivel 2 - Tenemos algunos programas de educación para la salud como mucha trayectoria, lo que nos hace tener a un buen número de profesionales ya formados e implicados.

Soporte Directivo

- Implicación directa de los equipos directivos en el desarrollo de la salud comunitaria en su centro de salud (en los centros / Distritos donde se implica la dirección las actividades se desarrollan de forma exitosa).
- Implicación Directiva Nivel 3
- Impulso Político

Recursos

Inversión salud comunitaria

- Invertir en salud comunitaria puede mejorar los indicadores de salud a medio largo plazo

Mapa de Activos

- Existencia del mapa de activos

Recursos Materiales para Grupos

- Nivel 2 - Contamos como recursos materiales para hacer grupos en la mayoría de los centros de salud (sala, ordenador, proyector, etc...)

Redes

Red de municipios (RELAS)

- Nivel 3 - Tenemos una red de municipios que trabajan en salud comunitaria (RELAS)

Red de referentes EPVSA

- La red de referentes de la EPVSA en el ámbito del SAS, recientemente creada.

Sistema de Información

Sistema de registros

- Vamos a disponer de un sistema de registro de acciones comunitarias
- Registro actividades de promoción comunitarias en el sistema OTAWA

Herramientas digitales

- Se ha incluido el módulo de estilo de vida saludable en DIRAYA
- Existe una herramienta para registrar activos en salud
- Nivel 1 – incluir algún indicador en las historia clínica que recuerde al profesional que esa persona puede beneficiarse de las distintas intervenciones de salud comunitaria que existen en consulta.

AMENAZAS

Entorno Ambiental

Cambio climático

- El cambio climático – el clima es un factor fundamental para las actividades de la vida cotidiana, y la economía (en Andalucía especialmente con la importancia que tiene el sector agrario en la economía de las zonas rurales)

Entorno Económico

Crisis económica

- Las crisis económicas – afecta a todo el resto de determinantes sociales (vivienda, alimentación, etc...)

Deshumanización atención

- Deshumanización de la Atención: Riesgo de deshumanización debido a la especialización excesiva y la priorización de criterios economicistas y de efectividad sobre la atención humanística.

Eliminación de Subvenciones

- Nivel 3 - Eliminación de subvenciones (o reducciones en las mismas) o cambios en los criterios de adjudicación

Entorno Político

Cambios en gobiernos

- Nivel 3 - Cambios en los gobiernos, municipales/supramunicipales

Compromiso político

- Que políticamente no se apueste por la estrategia (Falta de compromiso político)

Desacuerdos estratégicos

- Desacuerdos entre SAS- Consejería por la elaboración y desarrollo de la Estrategia

Falta de coordinación intersectorial

- Escaso conocimiento y comprensión en los diferentes sectores (sin excluir al sanitario) del enfoque de Salud en Todas las Políticas, de la salutogénesis y del marco de los determinantes sociales de la salud.
- En ocasiones, falta de coordinación entre los diferentes sectores implicados en políticas de salud y bienestar, restando valor a las acciones intersectoriales.
- Las políticas desarrolladas por otras consejerías en los aspectos relacionados con la coordinación intersectorial y en los programas en los que compartimos actuaciones del nivel 2 y 3.
- Las políticas de los gobiernos locales y las de las diputaciones
- Saturación de los otros sectores que dificultan la puesta en marcha de acciones colaborativas impulsadas desde Salud.

Foco en demora asistencial

- El foco político, mediático y social está puesto en la demora en los asistencial
- Foco político, mediático y social puesto, principalmente, en la demora asistencial.

Planificación actividades

- Nivel 2 y 3 - Las planificaciones de actividades de las distintas instituciones durante el año (por ejemplo los gobiernos locales dependen de la aprobación de los presupuesto locales para su planificación, y las asociaciones dependen de las subvenciones)

Entorno Social

Campañas publicitarias contrarias

- Las campañas publicitarias que abordan mensajes contrarios a los programas de salud (por ejemplo el consumo de alimentos ultraprocesados, o que fomentan la automedicación)

Conocimiento ciudadano

- La ciudadanía en general no conoce la actividad comunitaria
- Nivel 2 - Desconocimiento de la oferta de actuaciones grupales por parte de la ciudadanía (en algunos centros de salud no se ofertan ciertas actividades y la ciudadanía no los demanda)

Cultura de la inmediatez y modelo biomédico

- La cultura de la inmediatez

- La falta de cuidado hacia los profesionales sanitarios por parte de las personas que asisten a los servicios sanitarios
- La hiper-medicalización de la sociedad

Demanda asistencial

- Nivel 1 - La demanda puramente asistencial que tienen las personas que acuden a consulta

Desigualdades

- Desigualdades entre las diferentes Áreas de Gestión Sanitaria o Distritos Sanitarios: Importante heterogeneidad entre las regiones de Andalucía en términos de estructura de desempleo y acceso a servicios de salud, lo que puede generar desigualdades en la implementación de estrategias comunitarias
- Las desigualdades sociales

Dificultad desarrollo acción comunitaria

- Dificultad de desarrollo de la acción comunitaria en un territorio tan extenso como Andalucía
- Dificultad con la participación ciudadana

Envejecimiento de la población

- Añadir a lo comentado en el punto anterior, el envejecimiento de la población, dado que el sistema sanitario no puede dar respuesta a todos los requerimientos por parte de la población mayor.
- El envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad

Falta de viviendas

- La falta de viviendas asequibles y de calidad

OPORTUNIDADES

Entorno Político

Agentes comunitarios

- Existen otros agentes comunitarios en el territorio

Apoyo científico

- Apoyo de las sociedades científicas. PACAP.

Cartera servicios común

- A nivel del Ministerio se está trabajando en la cartera de servicios común del SNS sobre salud comunitaria.

Colaboración Internacional/nacional/autonómica/local

- Colaboración en proyectos Internacionales: Proyectos Europeos como CIRCE-JA, Procure for health, Posibilidad de intercambiar buenas prácticas en Atención Primaria

con otros estados miembros de la Unión Europea, aprender y adaptar programas exitosos de otros sistemas de salud, como el "People helping people" del NHS británico.

- Trabajar conjuntamente con otras CCAA
- NIVEL 3 – Ayuntamientos, servicios sociales, deportes, igualdad, CIM, juventud, asociaciones, etc...
- Agentes del territorio dispuestos a trabajar conjuntamente como Ayuntamientos, movimiento asociativo y otros agentes del territorio
- Que exista una estrategia de salud comunitaria a nivel nacional impulsado por Ministerio de sanidad
- El impulso de la Salud Comunitaria por parte del Ministerio de Sanidad.
- Existencia de otros planes de salud comunitaria en otras CCAA
- Municipios con experiencia en salud comunitaria

Mirada Política

- A nivel político se está mirando a la salud comunitaria.

Programas e iniciativas exitosas

- La existencia de numerosos programas, proyectos e iniciativas exitosas de promoción de salud y participación comunitaria existentes en Andalucía, que han sido liderados por los diferentes sectores y administraciones.

Salud en todas las políticas

- La salud en todas las políticas que se viene impulsando desde Europa.
- El Covid también ha puesto la salud pública en la agenda de todos los gobiernos.

Entorno Social

Auge del enfoque salutogénico

- El auge del enfoque salutogénico como complemento (y no como alternativa) a la mirada patogénica.
- La cultura de salir a pasear.
- Demanda de la ciudadanía para obtener un estilo de vida más saludable
- La dieta mediterránea
- Implicar a la ciudadanía en el cuidado de su salud y que conozcan los determinantes de la salud para que puedan elegir las opciones más saludables. Esto repercutiría en la racionalización de los recursos
- Deporte con la receta deportiva
- La necesidad sentida y percibida de dar respuesta a problemas de salud pública: soledad, medicalización, obesidad, mejorar calidad de vida de ciudadanos, etc.

Empoderamiento ciudadano

- Hoy en día, la ciudadanía está más empoderada y demanda más participación en los aspectos que condicionan su salud y la de su comunidad.
- Escuela de Pacientes: Proyectos como la Escuela de Pacientes que promueven la educación y el empoderamiento de los pacientes, mejorando la autogestión de la salud.

Entorno rural

- Entorno rural favorecedor.

Programas educativos

- Educación con los programas educativos

Redes sociales locales

- Uso de las redes sociales “locales” de gran impacto para visibilizar las intervenciones y los mensajes

Retomar lo comunitario postcovid

- Oportunidad de retomar lo comunitario en la época postcovid, dado que, durante la pandemia, la ciudadanía se articuló y se fortalecieron las redes comunitarias.

Urbanismo saludable

Urbanismo con los parques biosaludables y los carriles bici y “las rutas del colesterol”

Entorno Legal

Normativa Estrategia Salud Comunitaria

- Normativa que exige desarrollar la estrategia de salud comunitaria (Desarrollo de la cartera básica común)

MEFI

Ponderación de Debilidades

Tabla 1. Ponderación de debilidades organizacionales: relevancia y análisis de subcategorías

Dimensión		Subcategoría	Peso ponderado
Organización	D11	Prioridad organizacional	2,38%
Soporte Directivo/ Implicación Directiva	D16	Soporte Directivo/ Implicación Directiva	2,25%
Insuficiencia de Recursos	D15	Insuficiencia de Recursos	2,18%
Sistema de Información	D19	Sistema de Registros	2,18%
Modelo biomédico-médico centrista	D17	Cultura organizacional	2,04%
Organización	D5	Desconocimiento de recursos comunitarios	1,98%
Profesionales	D22	Red profesional de actividades comunitarias	1,98%
Organización	D1	Cartera de servicios	1,98%
Organización	D7	Disponibilidad horaria	1,98%
Organización	D4	Coordinación	1,98%
Organización	D12	Crisis de accesibilidad	1,91%
Profesionales	D23	Formación de profesionales	1,91%
Organización	D13	Promoción de actividades	1,84%
Organización	D10	Gestión clínica	1,84%
Organización	D14	Falta de protocolización y variabilidad de gestión	1,84%
Modelo biomédico-médico centrista	D18	Visibilidad de actividades	1,84%
Organización	D2	Fragmentación de niveles	1,77%
Organización	D6	Desconocimiento de recursos humanos	1,77%
Profesionales	D20	Falta de consolidación de TSESPC	1,77%
Profesionales	D21	Motivación Profesional	1,77%
Organización	D8	Falta de funcionamiento de estructuras	1,77%
Evaluación	D24	Evaluación	1,70%
Organización	D3	Comunicación	1,70%
Organización	D9	Fragmentación de servicios	1,63%
Investigación	D25	Investigación	1,43%
			47,41%

Ponderación de Fortalezas

Tabla 2. Ponderación de fortalezas organizacionales: relevancia y análisis de subcategorías

Dimensión		Subcategoría	Peso ponderado
Profesionales	F17	Equipo implicado y motivado	2,32%
Soporte Directivo	F19	Soporte Directivo	2,32%
Recursos	F20	Inversión salud comunitaria	2,25%
Organización	F2	Estructura Atención Primaria y Comunitaria	2,18%
Profesionales	F14	Colectivos profesionales con margen de tiempo y nuevos roles profesionales	2,18%
Profesionales	F15	Profesionales cualificados	2,18%
Redes	F23	Red de municipios (RELAS)	2,18%
Redes	F24	Red de referentes EPVSA	2,18%
Sistema de Información	F25	Sistema de registros	2,18%
Organización	F5	Equipo de salud comunitaria	2,11%
Organización	F11	Sistema Sanitario Público Andalucía	2,11%
Profesionales	F16	Conocimiento Comunitario	2,11%
Recursos	F21	Mapa de Activos	2,11%
Mirada Salutogénica y Comunitaria	F1	Mirada Salutogénica y Comunitaria	2,04%
Organización	F6	Planes y estrategias	2,04%
Organización	F10	Pacto de mejora de la Atención Primaria y Comunitaria	2,04%
Organización	F12	Revisión carga asistencial	2,04%
Profesionales	F18	Formación	1,98%
Recursos	F22	Recursos Materiales para Grupos	1,91%
Sistema de Información	F26	Herramientas digitales	1,91%
Organización	F7	Consejos de Salud y Participación	1,77%
Organización	F8	Experiencia	1,77%
Organización	F9	Gobernanza	1,77%
Organización	F3	Buenas prácticas nivel 2	1,70%
Organización	F4	Difusión en RRSS	1,70%
Organización	F13	Herramienta Evalua GPS	1,50%
			52,59%

Impacto valorado de las debilidades y fortalezas en el logro de los objetivos organizacionales

Tabla 3. Impacto valorado de las debilidades y fortalezas en el logro de los objetivos organizacionales

DEBILIDADES			
Organización	D1	Cartera de servicios	0,02
Organización	D2	Fragmentación de niveles	0,03
Organización	D3	Comunicación	0,02
Organización	D4	Coordinación	0,02
Organización	D5	Desconocimiento de recursos comunitarios	0,03
Organización	D6	Desconocimiento de recursos humanos	0,03
Organización	D7	Disponibilidad horaria	0,02
Organización	D8	Falta de funcionamiento de estructuras	0,02
Organización	D9	Fragmentación de servicios	0,03
Organización	D10	Gestión clínica	0,03
Organización	D11	Prioridad organizacional	0,02
Organización	D12	Crisis de accesibilidad	0,03
Organización	D13	Promoción de actividades	0,03
Organización	D14	Falta de protocolización y variabilidad de gestión	0,03
Insuficiencia de Recursos	D15	Insuficiencia de Recursos	0,02
Soporte Directivo/ Implicación Directiva	D16	Soporte Directivo/ Implicación Directiva	0,02
Modelo biomédico-médico centrista	D17	Cultura organizacional	0,03
Modelo biomédico-médico centrista	D18	Visibilidad de actividades	0,03
Sistema de Información	D19	Sistema de Registros	0,02
Profesionales	D20	Falta de consolidación de TSESPC	0,03
Profesionales	D21	Motivación Profesional	0,02
Profesionales	D22	Red profesional de actividades comunitarias	0,03
Profesionales	D23	Formación de profesionales	0,02
Evaluación	D24	Evaluación	0,03
Investigación	D25	Investigación	0,03
FORTALEZAS			
Mirada Salutogénica y Comunitaria	F1	Mirada Salutogénica y Comunitaria	0,08
Organización	F2	Estructura Atención Primaria y Comunitaria	0,08
Organización	F3	Buenas prácticas nivel 2	0,06
Organización	F4	Difusión en RRSS	0,06
Organización	F5	Equipo de salud comunitaria	0,08
Organización	F6	Planes y estrategias	0,07
Organización	F7	Consejos de Salud y Participación	0,06
Organización	F8	Experiencia	0,06
Organización	F9	Gobernanza	0,06

Organización	F10	Pacto de mejora de la Atención Primaria y Comunitaria	0,07
Organización	F11	Sistema Sanitario Público Andalucía	0,08
Organización	F12	Revisión carga asistencial	0,08
Organización	F13	Herramienta Evalua GPS	0,04
Profesionales	F14	Colectivos profesionales con margen de tiempo y nuevos roles profesionales	0,08
Profesionales	F15	Profesionales cualificados	0,08
Profesionales	F16	Conocimiento Comunitario	0,08
Profesionales	F17	Equipo implicado y motivado	0,09
Profesionales	F18	Formación	0,08
Soporte Directivo	F19	Soporte Directivo	0,09
Recursos	F20	Inversión salud comunitaria	0,09
Recursos	F21	Mapa de Activos	0,08
Recursos	F22	Recursos Materiales para Grupos	0,06
Redes	F23	Red de municipios (RELAS)	0,08
Redes	F24	Red de referentes EPVSA	0,08
Sistema de Información	F25	Sistema de registros	0,09
Sistema de Información	F26	Herramientas digitales	0,07
			2,59

Análisis Global del MEFI

El valor total de **2,58** está ligeramente por encima del punto medio de 2,50, lo que sugiere que las fortalezas internas de la organización superan a las debilidades, aunque no de manera significativa. Este puntaje indica un entorno interno con un balance positivo, pero con áreas claras que necesitan mejora para maximizar el rendimiento organizacional.

Fortalezas (Impacto positivo)

- **Peso acumulado:** Las fortalezas representan los pilares internos de la organización, y su peso individual (valores entre 0,04 y 0,09) indica aspectos con gran potencial para apalancar el éxito.
- **Fortalezas clave:**
 - **Mirada salutogénica y comunitaria (F1, peso: 0,08):** Representa una ventaja estratégica, alineada con tendencias globales de salud pública.
 - **Profesionales cualificados y motivados (F15, F17, peso: 0,08 y 0,09):** Son fundamentales para implementar y mantener estrategias efectivas.
 - **Gobernanza y estructura organizacional sólida (F2, F9, peso: 0,08 y 0,06):** Proporcionan estabilidad y dirección.
 - **Planes, estrategias y soporte directivo (F6, F19, peso: 0,07 y 0,09):** Garantizan una visión clara y recursos adecuados para alcanzar objetivos.
 - **Inversión en salud comunitaria y urbanismo saludable (F20, F16, peso: 0,09 y 0,08):** Impulsan acciones sostenibles y efectivas en las comunidades.

Las fortalezas internas son variadas y bien distribuidas, con énfasis en recursos humanos capacitados, estrategias sólidas y una infraestructura organizacional robusta. Estas características colocan a la organización en una posición favorable para aprovechar oportunidades externas.

Debilidades (Impacto negativo)

- **Peso acumulado:** Las debilidades identificadas tienen un impacto moderado, con valores entre 0,02 y 0,03, lo que refleja problemas manejables pero significativos.
- **Debilidades clave:**
 - Fragmentación de servicios y niveles (D2, D9, peso: 0,03 cada uno): Limita la coordinación y la integración, afectando la efectividad global.
 - Desconocimiento de recursos humanos y comunitarios (D5, D6, peso: 0,03 cada uno): Indican brechas en la capacidad de aprovechar recursos existentes.
 - Crisis de accesibilidad y promoción de actividades (D12, D13, peso: 0,03 cada uno): Restricciones que afectan directamente la equidad y el alcance.
 - Insuficiencia de recursos (D15, peso: 0,02): Refleja limitaciones financieras y materiales para cumplir con los objetivos organizacionales.

Aunque las debilidades son numerosas, su impacto individual es limitado. Sin embargo, estas áreas pueden convertirse en obstáculos significativos si no se gestionan adecuadamente, especialmente en términos de coordinación, accesibilidad y aprovechamiento de recursos.

Valoración Global del MEFI

- **Balance interno:**
 - Fortalezas: Con un peso superior, las fortalezas posicionan a la organización como un actor sólido con capacidad de innovación y adaptación.
 - Debilidades: Aunque manejables, las debilidades identificadas podrían limitar el potencial organizacional si no se abordan estratégicamente.

MEFE

Ponderación de Amenazas

Tabla 4. Ponderación de amenazas organizacionales: relevancia y priorización estratégica

Dimensión		Subcategoría	Peso ponderado
Entorno Ambiental	A1	Cambio climático	1,55%
Entorno Económico	A2	Crisis económica	2,54%
Entorno Económico	A3	Deshumanización atención	3,09%
Entorno Económico	A4	Eliminación de Subvenciones	2,21%
Entorno Político	A5	Cambios en gobiernos	2,43%
Entorno Político	A6	Compromiso político	3,76%
Entorno Político	A7	Desacuerdos estratégicos	3,20%
Entorno Político	A8	Falta de coordinación intersectorial	3,43%
Entorno Político	A9	Foco en demora asistencial	3,31%
Entorno Político	A10	Planificación actividades	2,54%
Entorno Social	A11	Campañas publicitarias contrarias	2,32%
Entorno Social	A12	Conocimiento ciudadano	2,87%
Entorno Social	A13	Cultura de la inmediatez, cambio en la demanda y modelo social	3,31%
Entorno Social	A14	Desigualdades	2,87%
Entorno Social	A15	Dificultad desarrollo acción comunitaria	2,76%
Entorno Social	A16	Envejecimiento de la población	2,10%
Entorno Social	A17	Falta de viviendas	1,77%
			46,08%

Ponderación de Oportunidades

Tabla 5. Ponderación de oportunidades organizacionales: relevancia y priorización estratégica

Dimensión		Subcategoría	Peso ponderado
Entorno Ambiental	O1	Entorno Ambiental para la Promoción de la Salud en Andalucía	2,87%
Entorno Político	O2	Agentes comunitarios	3,54%
Entorno Político	O3	Apoyo científico	2,32%
Entorno Político	O4	Cartera servicios común	3,43%
Entorno Político	O5	Colaboración Internacional/nacional/autonómica/local	3,31%
Entorno Político	O6	Mirada Política	3,65%
Entorno Político	O7	Programas e iniciativas exitosas	2,98%
Entorno Político	O8	Salud en todas las políticas	3,65%
Entorno Tecnológico	O9	RRSS	3,20%

Dimensión		Subcategoría	Peso ponderado
Entorno Social	O10	Auge del enfoque salutogénico	3,31%
Entorno Social	O11	Empoderamiento ciudadano	2,87%
Entorno Social	O12	Entorno rural	2,98%
Entorno Social	O13	Programas educativos	3,31%
Entorno Social	O14	Redes sociales locales	3,43%
Entorno Social	O15	Retomar lo comunitario postcovid	2,87%
Entorno Social	O16	Urbanismo saludable	3,20%
Entorno Legal	O17	Normativa Estrategia Salud Comunitaria	2,98%
			53,92%

Impacto valorado de las amenazas y oportunidades en el logro de los objetivos organizacionales

AMENAZAS			
Entorno Ambiental	A1	Cambio climático	0,03
Entorno Económico	A2	Crisis económica	0,04
Entorno Económico	A3	Deshumanización atención	0,04
Entorno Económico	A4	Eliminación de Subvenciones	0,03
Entorno Político	A5	Cambios en gobiernos	0,03
Entorno Político	A6	Compromiso político	0,04
Entorno Político	A7	Desacuerdos estratégicos	0,04
Entorno Político	A8	Falta de coordinación intersectorial	0,03
Entorno Político	A9	Foco en demora asistencial	0,03
Entorno Político	A10	Planificación actividades	0,04
Entorno Social	A11	Campañas publicitarias contrarias	0,05
Entorno Social	A12	Conocimiento ciudadano	0,04
Entorno Social	A13	Cultura de la inmediatez, cambio en la demanda y modelo social	0,03
Entorno Social	A14	Desigualdades	0,03
Entorno Social	A15	Dificultad desarrollo acción comunitaria	0,04
Entorno Social	A16	Envejecimiento de la población	0,04
Entorno Social	A17	Falta de viviendas	0,04
OPORTUNIDADES			
Entorno Ambiental	O1	Entorno Ambiental para la Promoción de la Salud en Andalucía	0,11
Entorno Político	O2	Agentes comunitarios	0,14
Entorno Político	O3	Apoyo científico	0,07
Entorno Político	O4	Cartera servicios común	0,13
Entorno Político	O5	Colaboración Internacional/nacional/autonómica/local	0,13

Entorno Político	O6	Mirada Política	0,15
Entorno Político	O7	Programas e iniciativas exitosas	0,11
Entorno Político	O8	Salud en todas las políticas	0,15
Entorno Tecnológico	O9	RRSS	0,12
Entorno Social	O10	Auge del enfoque salutogénico	0,12
Entorno Social	O11	Empoderamiento ciudadano	0,11
Entorno Social	O12	Entorno rural	0,11
Entorno Social	O13	Programas educativos	0,12
Entorno Social	O14	Redes sociales locales	0,13
Entorno Social	O15	Retomar lo comunitario postcovid	0,09
Entorno Social	O16	Urbanismo saludable	0,12
Entorno Legal	O17	Normativa Estrategia Salud Comunitaria	0,11
			2,66

El MEFE integra tanto amenazas como oportunidades, y su puntuación total de **2,66** sugiere un entorno ligeramente favorable para la organización, dado que el valor está por encima del punto medio (2,50). Aquí se desglosan las implicaciones de estos valores:

Amenazas (Impacto negativo)

- **Peso acumulado:** Las amenazas representan desafíos significativos que podrían afectar la capacidad de la organización para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, dado que los valores individuales son moderados (máximo 0,05) y variados, su efecto es manejable si se priorizan estratégicamente.
- **Principales áreas de riesgo:**
 - Entorno político (A6, A7, A8, A10): La falta de compromiso, los desacuerdos estratégicos y la escasa planificación representan barreras clave para la implementación de políticas efectivas.
 - Entorno económico y social (A2, A3, A16, A17): La crisis económica y las desigualdades sociales incrementan la presión sobre los recursos, dificultando la sostenibilidad.
 - Campañas publicitarias contrarias y desconocimiento ciudadano (A11, A12): Estas limitan el apoyo comunitario, reduciendo el alcance e impacto de las iniciativas.

Oportunidades (Impacto positivo)

- **Peso acumulado:** Las oportunidades tienen un impacto significativamente mayor, reflejado en los valores altos (hasta 0,15) asociados a varios factores clave.
- **Principales áreas de oportunidad:**
 - **Entorno político (O6, O8):** La "salud en todas las políticas" y la "mirada política" ofrecen un marco para abordar los determinantes sociales de la salud con un enfoque holístico.

- **Colaboración y enfoque comunitario (O2, O5, O11):** La presencia de agentes comunitarios, redes sociales locales y el auge del enfoque salutogénico son fundamentales para conectar con las comunidades.
- **Innovación tecnológica y normativa (O9, O17):** Las herramientas digitales y una normativa favorable crean condiciones para una implementación eficiente y moderna de las estrategias de salud.
- **Urbanismo saludable y programas educativos (O13, O16):** Estas oportunidades promueven entornos físicos y sociales que respaldan la salud pública.

Valoración Global MEFE

- **Balance entre amenazas y oportunidades:** El valor combinado de **2,66** refleja un **entorno externo positivo**, en el que las oportunidades superan en impacto a las amenazas. Esto sugiere que, aunque existen desafíos significativos, las condiciones son favorables para que la organización los gestione y aproveche el entorno para cumplir sus objetivos estratégicos.

CONCLUSIÓN FINAL

La puntuación de 2,58 en el MEFI indica que la organización tiene un entorno interno positivo, con fortalezas suficientes para superar las debilidades. Sin embargo, es fundamental priorizar la gestión de las áreas críticas, especialmente la accesibilidad, la fragmentación y el uso de recursos. Esto garantizará una base sólida para aprovechar las oportunidades externas identificadas en el análisis MEFE.

Anexo 1.

PLANTILLA DAFO

Por favor, utiliza esta plantilla para identificar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades relacionadas con nuestra estrategia de salud comunitaria.

Las preguntas que se formulan en cada sección son orientativas, y no es necesario responder a todas ellas. Completa cada sección con las respuestas más relevantes y detalladas posibles. Tu contribución ayudará a desarrollar una estrategia bien fundamentada.

IDENTIFICACIÓN DE DEBILIDADES

¿Cuáles son las principales limitaciones de nuestro sistema de salud comunitaria?

- ¿Qué barreras internas existen para la participación comunitaria?
- ¿Qué áreas requieren desarrollo adicional?
- ¿Existen elementos de mejora en la organización interna?
- ¿Existen áreas en las que nos quedamos atrás?
- ¿Hay elementos innovadores que no hemos incorporado o que lo hemos hecho parcialmente?

IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS

¿Cuáles son las principales fortalezas actuales de nuestro sistema de salud comunitaria?

- ¿Qué recursos humanos y materiales están disponibles y son efectivos?
- ¿Qué experiencias previas de éxito podemos destacar y replicar?
- ¿Qué hacemos en los centros del SAS mejor que otras instituciones, servicios de salud...?
- ¿En qué áreas hemos destacado o destacamos?
- ¿Qué perciben directivos, profesionales o la ciudadanía como una fortaleza?

IDENTIFICACIÓN DE AMENAZAS

- ¿Qué factores externos pueden representar un riesgo para la estrategia?
- ¿Qué aspectos del entorno nos preocupan?
- ¿Existe algún patrón de comportamiento social que nos afecte negativamente?
- ¿Existen políticas ajenas a nuestra planificación que puedan influir negativamente?
- ¿Se tiene constancia de algún hecho externo que pueda afectar negativamente a nuestra misión?
- ¿Qué políticas o cambios económicos podrían impactar negativamente?

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES

- ¿Qué tendencias externas pueden beneficiarnos?
- ¿Qué alianzas intersectoriales podemos formar o fortalecer?
- ¿Qué recursos comunitarios pueden ser movilizados?
- ¿Existe algún patrón de comportamiento social que nos afecte positivamente?
- ¿Existe alguna innovación tecnológica que impulse nuestros objetivos?
- ¿Existen políticas ajenas a que puedan influir positivamente?
- ¿Tenemos algún aliado en el plano económico, social,...?