

INFORME PRELIMINAR DE RESULTADOS
DEL PROYECTO PILOTO PARA EL DESARROLLO DE LA
RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA
(Proyecto RELAS)





NOVIEMBRE 2010



El árbol que identifica la acción local en salud evoca la simbología del árbol de la vida e incorpora en su copa distintas hojas que se asocian con los diferentes factores que determinan la salud a lo largo del proyecto vital de las personas. Representa la suma de los diferentes eventos que transcurren por entornos físicos y sociales, generalmente muy diversos, a lo largo de la vida.

**INFORME PRELIMINAR DE RESULTADOS
DEL PROYECTO PILOTO PARA EL DESARROLLO DE LA
RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA
(Proyecto RELAS)**



**JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD
SG. SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN**

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO RELAS

Presentación	7
Introducción	9

EL ANÁLISIS DEL PILOTAJE: “Trasmitiendo las experiencias vividas”

FASE I: desde el diseño del proyecto hasta su puesta en marcha

I. 1. El Grupo Director del Proyecto	11
I. 2. Selección del personal Técnico de Acción Local en Salud (TALS).....	13
I. 3. Selección ayuntamientos	15
I. 4. Diagnóstico preliminar de salud del municipio	16
I. 5. Presentación del Proyecto al Gobierno Local	16
I. 6. Firma del Convenio Delegación Provincial de Salud- Gobierno Local	18
I. 7. Formación para el Pilotaje. EASP	20

FASE II: desde la puesta en marcha del proyecto hasta su evaluación

II. 1. Formación de un Grupo Motor impulsor del Proyecto	22
II. 2. Identificación de Agentes Clave	25
II. 3. Comunicación y difusión del Proyecto	31
II. 4. Análisis de situación de salud.....	33
<i>II.4.a. Diagnóstico preliminar de salud.....</i>	34
<i>II.4.b. Perfil de salud municipal. Identificación de problemas</i>	35
II. 5. Priorización de problemas.....	35
II. 6. Creación de la Red Local de Acción en Salud	36
II. 7. Elaboración del Plan Local de Salud (PLS)	38
<i>II.7.a. El Plan de acción</i>	42
<i>II.7.b. Validación, aprobación y reconocimiento</i>	42
<i>II.7.c. Seguimiento y evaluación.....</i>	43
II. 8. Productos	46
II. 9. Reflexiones finales	48
II.10. Recomendaciones.....	52
II.11. Continuación de RELAS	55

Anexos



Presentación

Este informe se ha elaborado a partir de las reflexiones, seguimiento, y evaluaciones cualitativas y cuantitativas de las personas que hemos estado al frente del Proyecto, tanto en la coordinación general y provincial, como en los diferentes equipos locales.

Se podía haber enfocado como un balance cuantitativo tipo, en el que se describiera tanto el procedimiento seguido, como una secuencia de todas y cada una de las actuaciones llevadas a cabo en las diferentes localidades, las actas de las reuniones, incidencias, anécdotas, eventos...; incluso de los “grandes momentos” vividos a lo largo del proceso. Pero eso, con una perspectiva global del Proyecto, es algo que entendemos forma parte del patrimonio local y de todas y cada una de las personas que lo han hecho posible desde sus diferentes realidades, recursos y circunstancias: ¡eso era lo previsible!, que con el impulso de la Consejería de Salud, la coordinación de la SGSP, el apoyo de las correspondientes DPS y la ayuda mas directa del/la TALS; fuera cada Corporación local quien asumiera el liderazgo de la auténtica acción local en salud con una dimensión propia; y así ha sido.

Y se ha podido comprobar como a partir del concepto de la salud como un valor de desarrollo de la población y de su calidad de vida, se ha producido un punto de inflexión; se ha identificado el valor añadido de trabajar en lo local y todavía más, de hacerlo en clave de red.

No es este el informe definitivo de evaluación, ya que necesita de la validación general y de incorporar la evaluación de los Planes locales de acción en salud. El documento recoge los contenidos de los diferentes informes de evaluación remitidos por cada Ayuntamiento (información procedente de las personas responsables técnicos y políticos de la localidad) que se elaboraron a partir de una estructura consensuada desde la coordinación del Proyecto, con el objetivo de trabajar con una metodología homogénea, prioritariamente cualitativa, de entrevistas a las personas que han participado en el mismo.

Se relacionan de forma breve y descriptiva, las diferentes fases que ha seguido el proceso en la localidad, qué actores (agentes clave) han participado en el Proyecto RELAS, el grado de implicación y papel que han desempeñado, la valoración del proceso, la estructura generada y la visión global; además de recoger en el Informe los productos obtenidos, los fundamentos para una relación de buenas prácticas, nuevos instrumentos para el proceso, así como las técnicas empleadas y/o los protocolos elaborados.

La puesta en marcha del proyecto RELAS ha supuesto *una nueva forma de hacer*, estructurando lo que se venía haciendo, incorporando a otros sectores, dándole un enfoque de conjunto, aunando esfuerzos y recursos locales y estableciendo canales de participación de la población. El resultado es el establecimiento y desarrollo de una red local que trabaja para la mejora de la salud de la población, con un enfoque de perdurabilidad en el tiempo y conforme a un proceso de planificación, que se concreta en un instrumento clave: el Plan Local de Salud.



Introducción

En el proceso de reforma de la Salud Pública (en adelante SP), una de las líneas de trabajo a implementar era su desarrollo en el nivel local y para ello, se puso en marcha el Proyecto “Red Local de Acción en Salud” (en adelante RELAS), cuya finalidad consistía en identificar una metodología de acción, para llevar los objetivos de salud a las diferentes agendas políticas de los gobiernos locales.

... ha habido una trayectoria importante en temas de salud, porque ha estado imbricado en todas las áreas y este municipio ha sido durante muchos años, Ciudad Saludable y después Ciudad de prevención ante las drogas, tiene un recorrido bastante amplio de “prevención del tabaquismo”, “Atención Temprana”, “actividades deportivas”, “plataforma de juventud”. Representante del Ayuntamiento en el Grupo Motor.

La mayoría de las acciones de salud que se desarrollan hoy en el ámbito municipal no forman parte de un proyecto conjunto, ni existe una red local para la participación, tampoco están estructuradas en un plan único conjunto, ni se tiene una visión de eficiencia al no aunar los recursos existentes en el nivel local. Esto genera que, en muchas ocasiones, tengan lugar acciones similares sobre las mismas poblaciones, creando una redundancia de actividades sobre un mismo grupo de población y una falta de continuidad para cumplir algún objetivo. En general, se planifican las acciones de forma puntual, solicitando simplemente la intervención de algún profesional del otro sector, o también en base a la demanda y/o necesidades puntuales.

Existía un cierto nivel de descoordinación: “de manera deslavazada”, “se trabajaba mucho por departamentos”, “trabajábamos muy sectorizados”. Concejala de Ayuntamiento.

Las iniciativas de las actuaciones que se realizan con el sector salud parten de uno u otro sector pero no por consenso, al menos globalmente, ya que en ocasiones sí se plantean objetivos comunes. Por otra parte, dentro de un mismo Ayuntamiento, las concejalías no comparten la visión conjunta de salud de su ciudadanía, cada una desarrolla sus propias estrategias en este ámbito. La referencia de los temas de salud en cada corporación es variable: desde la existencia de una concejalía de salud (con o sin apoyo técnico), hasta

que sus funciones formen parte de otra con mayor o menor protagonismo, estando en función de la capacidad de gestión y presupuesto de ésta.

De ahí que hablar de **acción local en salud** es hablar de gobiernos locales, comunidades y territorios, bajo la óptica de salud como un valor de calidad de vida, enfocada más hacia las características que la determinan, que hacia las consecuencias de la enfermedad. En definitiva, lo que se persigue es facilitar herramientas para que las personas, en sus pueblos y ciudades, puedan mejorar sus condiciones de vida mediante la implementación local de una estrategia que fortalezca las alianzas entre las autoridades locales, miembros de la comunidad y otros sectores, materializadas en los **Planes locales de salud**.

....El pilotaje de RELAS tenía como encargo la configuración de un entramado humano compuesto por personas con diferentes ubicaciones en el tejido institucional, asociativo y empresarial, aunque a la fecha de realización de este informe cabe afirmar que el proyecto ha tenido a lo largo de todo su desarrollo un marcado carácter institucional... TALS

10

Pero no partimos de cero, muchos municipios tienen un amplio recorrido en materia de salud e incluso en el abordaje de acciones intersectoriales; esto ha redundado de forma positiva en el Proyecto, reforzándolo, porque hasta ahora esta experiencia correspondía a iniciativas aisladas, de acciones concretas y, en ningún caso, a una estrategia planificada y con visión integrada. Tienen experiencia en el trabajo intersectorial, y vienen colaborando con la Diputación, el Instituto Andaluz de la Mujer, el Instituto Andaluz de la Juventud, los centros educativos, con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Mancomunidad de municipios, la empresa privada...

Precisamente la organización, coordinación, planificación y método de trabajo han sido los activos más destacados que aporta el proyecto al municipio, según los informantes del proceso de evaluación.

Se tiene el concepto de bienestar de la ciudadanía, como objetivo principal y se realizan muchas actividades relacionadas con la salud. Se realizan actividades como ejercicio físico, deportes, baile para los mayores, yoga, viajes culturales, talleres para personas cuidadoras o charlas informativas sobre problemas de salud. Técnica de Área Municipal.

EL ANÁLISIS DEL PILOTAJE: “Transmitiendo las experiencias vividas”

Con objeto de estructurar las valoraciones sobre la experiencia del pilotaje, distinguimos dos fases diferenciadas del proceso.

FASE I: Desde el diseño del proyecto hasta su puesta en marcha

I.1. El Grupo Director del Proyecto

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS...

Este proyecto nace con la misión de “aprender a hacer” con los diferentes gobiernos locales, en el marco de la nueva salud pública. Para ello se han seleccionado una serie de Ayuntamientos, de diferentes características, con el objetivo de poder concretar una Estrategia de acción local, capaz de dar respuesta a los problemas de salud pública de la zona, mediante acciones colectivas de funcionamiento en Red.

META

- » Desarrollar una red local de acción en salud para llevar a cabo objetivos de salud en el ámbito más próximo de la ciudadanía.

OBJETIVO GENERAL

- » Desarrollar un proyecto piloto que sirva de soporte al diseño de la Estrategia local de acción en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- » Desarrollar un instrumento de gestión (convenio específico), entre Delegaciones Provinciales de Salud y el nivel local.
- » Identificar funciones y necesidades de las Delegaciones Provinciales de Salud, en el marco de planificación de la Estrategia.
- » Concretar un modelo de diagnóstico preliminar y de plan local de salud
- » Identificar iniciativas, oportunidades en el desarrollo del Proyecto.
- » Elaborar un informe de resultados del Proyecto y valorar su transferencia a la Estrategia de Red local de Acción en Salud.

El Proyecto piloto constituye la parte empírica del proceso de definición de una Estrategia de Red local de Acción en Salud para Andalucía, y parte de la selección de 10 Ayuntamientos en los que desarrollar 8 experiencias, que representan realidades diversas en el territorio con las que se pretende extraer aprendizaje para dar respuesta a distintos aspectos organizativos y de gestión de los objetivos de salud en los gobiernos locales. Para ello fueron seleccionados los Municipios de: Vícar (Almería); Algeciras (Cádiz); Agrupación de Municipios de (Córdoba) La Carlota, San Sebastián de los Ballesteros, La Victoria; Baza (Granada); Aracena (Huelva); Alcalá la Real (Jaén); Mijas (Málaga); Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Para la puesta en marcha del Proyecto habrá que identificar los actores implicados.

El instrumento que da soporte jurídico-normativo al Proyecto es un Convenio entre la DPS y el Ayuntamiento.

El desarrollo de la Red Local de Acción en Salud contará en cada zona con el apoyo y asesoramiento técnico de la DPS en general y específicamente de un/a Técnico/a de Acción Local en Salud (TALS).

El objetivo era plantear una estrategia y definir sus líneas de acción, pero en ningún momento, consolidar un método de funcionamiento que lógicamente se tendría que ir perfilando conforme se construía el marco competencial y financiero de los gobiernos locales y se desarrollara la reforma de la salud pública.

Para ello se crea el Grupo director (GD_RELAS), con el objetivo de pilotar un Proyecto de desarrollo de la acción local en salud (RELAS).

En el mes de julio de 2007 se constituye el GD del Proyecto (anexo 1). Está compuesto por representantes del sector salud (de diferentes áreas), de gobiernos locales y por la coordinadora del Proyecto.

A este grupo de trabajo se le asigna una tarea concreta: Hacer efectivos los objetivos de salud en el ámbito comunitario configurando un modelo de red local de beneficio mutuo; y para ello era necesario diseñar una red local de acción en salud como instrumento que posibilitara esta forma de trabajo y un Proyecto piloto que contemplara las diferentes realidades de gobierno local y sirviera de soporte al diseño de la red, las características de los puntos a pilotar, el diseño, los contenidos y la metodología.

Debía quedar claro que:

- RELAS no nacía para atender las expectativas y demandas relacionadas con los servicios sanitarios y la organización asistencial.

- Era una herramienta más, que pretendía abrir un espacio de diálogo, colaboración, coordinación e incluso gestión conjunta con los Gobiernos Locales (GGLL).
- No representaba un dispositivo nuevo del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), sino un espacio de acción conjunta para los problemas de salud que implican a varios sectores, independientemente de otros planes y programas.

El Proyecto se entregó a la entonces DG. de Salud Pública y Participación a primeros de 2008, para su revisión y validación de las diferentes unidades de salud pública centrales y periféricas, y queda cerrado en marzo del mismo año (Anexo 2).

Con el objetivo de recabar información e identificar las necesidades de las entidades locales, en julio de 2008 y organizado por la SG SPP tuvo lugar en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) un **Grupo de ideas** en el que formaron parte tanto representantes del sector salud como de la municipalidad, en el que se plantearon las diferentes posibilidades de acercar el Proyecto a la realidad en el territorio.

“Que este proyecto sea intersectorial, yo no lo veo como una posibilidad, lo veo como una obligación, puesto que la promoción de la salud, no se puede trabajar desde el ámbito solo de salud pública, sino que tiene que ser algo que transversalmente se trabaje en todos los sectores de la sociedad”. Grupo de ideas para la acción local.

13

I.2. Selección del personal Técnico de Acción Local en Salud (TALS)

Conscientes de la limitación de los recursos de muchos ayuntamientos e incluso de los servicios de salud, era necesario incorporar en el Proyecto una figura técnica de referencia, una persona con dependencia orgánica de la Delegación Provincial de Salud, de ubicación en el territorio, con la misión de asesorar la puesta en marcha del Proyecto, apoyando a los gobiernos locales en el desarrollo y seguimiento del mismo. Una referencia técnica que, desde el sector salud, representase un recurso humano de gran utilidad para trabajar en el territorio de forma coordinada con los profesionales de los dispositivos sanitarios de la zona y la jefatura de servicio de la DPS, de la que dependiese jerárquicamente. Formaría parte del Grupo de coordinación de la red local que debe liderar el Ayuntamiento como mediador, como un agente dinamizador.

La captación de estas ocho personas para el proyecto se hace con la colaboración de la EASP, mediante una oferta pública (enero de 2008) para un contrato civil de arrendamiento de obras y servicios, con los siguientes requisitos:

Titulación Requerida:

Formación académica: licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud.

Trabajador/a social, médico/a, farmacéutico/a, veterinario/a, psicólogo/a, enfermero/a..., y socióloga/o

Estudios de Postgrado:

Cualquier tipo de formación acreditada de postgrado, en el ámbito de las ciencias sociales y participación ciudadana.

Conocimientos:

Una persona del ámbito de ciencias de la salud, con experiencia en el sector sanitario y participación social; gestión asociativa; relación con los ayuntamientos o en el diseño y participación de proyectos relacionados con la organización ciudadana. Con capacidad de desplazamiento para el desarrollo de las actuaciones del Proyecto.

Tras un proceso de selección (marzo 2008), mediante entrevista personal, se valoraron otras competencias:

- Habilidades para la planificación y coordinación de proyectos relacionados con la salud pública.
- Manejo de las relaciones con los medios de comunicación social
- Actitud positiva para el trabajo en equipo.
- Habilidades de comunicación y trabajo en red.

En junio de 2008 se incorporaron en las correspondientes Delegaciones Provinciales las personas seleccionadas (Anexo 3)

Destacar de esta etapa las dificultades que se han ido presentando y que, por ser esta una figura clave del proceso, han repercutido en su funcionamiento. En tres localidades se ha cambiado esta persona, tanto por razones personales como profesionales, por lo que se realizó nuevamente el proceso de selección.

Paralelamente, en todo este periodo, cuatro de las ocho Jefaturas de Servicio de Salud Pública de las Delegaciones, de quienes dependen jerárquicamente, han cambiado de titular.

Actualmente el/la TALS continúa formando parte del equipo técnico de la DPS y sus funciones corresponden a las de una figura referente de la acción local en salud para la provincia dedicada a impulsar los PLS mediante el apoyo y la coordinación con los equipos municipales.

I.3 Selección ayuntamientos

Ante la gran variabilidad municipal de Andalucía (770 ayuntamientos en 2008), la elección de uno por cada provincia no era una tarea fácil.

Fue el GD_RELAS el que estableció una serie de criterios a tener en cuenta para la selección de los gobiernos locales (anexo 4), magnitud, configuración específica (rural, metropolitano, población inmigrante, dispersión...), y experiencia previa de trabajo en salud pública.

Con estas condiciones, se solicitó de cada DPS una relación de 4 ayuntamientos y a partir de estos criterios, se elaboraron una serie de paneles combinados para la selección definitiva por parte de la Secretaria General de Salud Pública y Participación y cada Delegado/a provincial.

Se seleccionaron diez ayuntamientos con diferente magnitud y características, ya que en Córdoba se decidió apostar por una agrupación de pequeños municipios a fin de experimentar una posible gestión local en red.

PROVINCIA	LOCALIDAD	POBLACIÓN *
Almería	Vícar	20.743 hab.
Cádiz	Algeciras	114.012 hab.
Córdoba	Agrupación de municipios:	
	La Carlota	12.303 hab.
	La Victoria	1.981 hab.
	S. Sebastián de los Ballesteros	843 hab.
Granada	Baza	22.718 hab.
Huelva	Aracena	7.351 hab.
Jaén	Alcalá la Real	22.324 hab.
Málaga	Mijas	64.288 hab.
Sevilla	Alcalá de Guadaíra	66.089 hab.

* Fuente: Revisiones del Padrón Municipal de Habitantes cifra oficial a 1 de Enero de 2007. IEA.

Fue cada Delegado/a provincial quien se encargó de establecer el contacto con el/los Ayuntamiento/s.

Es importante que hagamos esto porque, somos solo ocho y nos han seleccionado de toda la provincia... Alcalde de Ayuntamiento

1.4. Diagnóstico preliminar de salud del municipio

Una vez seleccionados los municipios, desde el S^v de Vigilancia Epidemiológica, en conexión con los Distritos de atención primaria (DAP) correspondientes, se dieron una serie de pautas a seguir para que elaboraran un diagnóstico preliminar de salud del municipio, con los principales problemas de salud y situaciones de riesgo de esa población, así como de los activos en salud locales, imprescindible para la presentación en el municipio y la implementación del proceso.

El objetivo era proporcionar una visión general de la salud de la población a partir de los sistemas de información habituales de los servicios sanitarios; una visión de gran valor, para trasladar a la corporación local la importancia y la necesidad de planificar las acciones locales en salud.

Pero esto es solo una panorámica sectorial.

De ahí que esta visión con perspectiva sanitaria, una vez conformado un equipo local, requiere un análisis más completo; un “análisis real” en el que se va incorporando la información de otros sectores y agentes locales y que nace de la interpretación conjunta de la información, recogiendo las aportaciones de las instituciones y de la ciudadanía. El resultado, será el perfil de salud municipal, que se verá más adelante conforme a la secuencia cronológica del proceso.

Esa es vuestra visión, la del Centro de Salud..., el que de verdad sabe todo lo que pasa en mi pueblo soy yo...; somos nosotros, las personas que vivimos aquí. Director de Área de Ayuntamiento.

1.5. Presentación del Proyecto al Gobierno Local.

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS...

LÍNEA 1: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO EN LOS GOBIERNOS LOCALES

Con la presentación del proyecto a los Gobiernos Locales se inicia la puesta en marcha del proyecto, en este momento **se explican los principios, valores y fundamentos** de éste además de:

» Para cada presentación, el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública



y Participación, de forma coordinada con los correspondientes DAP, facilitará un **Informe preliminar de la zona a modo de aproximación diagnóstica** para la presentación y abordaje de los problemas y riesgos de salud más prevalentes.

- » En esta actividad se establecerá la **coordinación con los DAP-CS** tanto respecto a su compromiso con la elaboración y desarrollo del Convenio, como con la tarea de concreción del papel de los servicios de atención primaria en la Estrategia para el desarrollo de la Red local de Acción en Salud

La presentación del Proyecto en los Gobiernos Locales, representa la puesta en marcha del mismo y comienza en junio de 2008. La realiza la Secretaria General de Salud Pública y Participación junto con el/la Delegado/a de cada provincia con el objetivo de establecer el marco de colaboración y confirmar el compromiso de los/as alcaldes/as con el Proyecto.

“la primera presentación que se hizo por parte de la Consejería, estaba claro lo que se le pedía al Ayuntamiento y aparte de que se veía como un proyecto muy ilusionante y con un futuro ambicioso por delante”. Concejal de Salud.

En esta reunión, no solo se debate sobre los principales problemas de salud del municipio (identificados en el Diagnóstico preliminar de salud), sino también de su relación con los activos locales en salud, la nueva visión de la salud pública y su desarrollo local: sobre los contenidos y objetivos del Proyecto.

Con este encuentro, se facilita la acogida del TALS y se propicia la implicación de los servicios sanitarios (centros de salud, DAP y en algunos casos Hospitales) del territorio, así como la identificación y selección de las personas referentes de ambas instituciones que vayan a asistir al curso de formación del Proyecto en la EASP, en Granada.

La valoración de esta etapa ha sido destacada en la evaluación del Proyecto y calificada de muy positiva por todos los agentes implicados, tanto por el objeto del proyecto como por lo que ha supuesto de acercamiento entre ambas instituciones. Grupo Motor.

1.6. Firma del Convenio. La colaboración entre la Delegación Provincial de Salud y el Gobierno Local.

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS...

LÍNEA 3: ELABORACIÓN Y FIRMA DEL CONVENIO

El Convenio es el **instrumento del acuerdo institucional para el desarrollo del Proyecto**. En él subyace el compromiso del gobierno local para el ejercicio del liderazgo; la aplicación de procedimientos de consenso, la convergencia interdepartamental en la gestión, la incorporación de sectores implicados, la priorización de las actuaciones a desarrollar y el impulso del funcionamiento en Red. **Los/as protagonistas del evento serán el/la Delegado/a Provincial de Salud y el/ a Alcalde/sa o persona en quien delegue.**

El Convenio tendrá una vigencia anual y sus resultados se evaluarán conforme a criterios de evaluación incluidos en el mismo.

Al Gobierno Local corresponde el papel de ejecución y seguimiento del mismo y la Delegación Provincial de Salud asume la concreción final del documento. Los objetivos del Convenio y los compromisos son:

- » Establecer un **canal formal de comunicación, colaboración y acción intersectorial entre la Delegación Provincial de Salud y la Corporación Local.**
- » Crear, a partir de un **Grupo Motor**, una **Red local** para actuar con una planificación, ejecución y evaluación consensuada.
- » Elaborar un **Plan local de salud compartido** con soporte **en red interdepartamental e intersectorial**, estableciendo prioridades y diseñando acciones concretas.
- » Una vez elaborado el análisis de situación y priorizadas las acciones, **se incorporará un Plan de acción como addenda al Convenio.**
- » **Identificar iniciativas, oportunidades, aspectos de mejora y aprovechamiento de recursos** para que, con una mayor **coordinación**, alcanzar una mayor efectividad.
- » Elaborar un **informe de resultados del Convenio**

Esto no solo representa el soporte jurídico de la relación, sino el instrumento clave de colaboración interinstitucional.

A diferencia de la presentación, la firma del convenio, que contó de nuevo en algunas ocasiones, con la presencia de la Secretaria General, fue un evento público con amplia cobertura mediática, en la que se deja patente ante la población el compromiso de ambas instituciones con el Proyecto; lo que supuso para la Corporación Local un respaldo institucional, un apoyo y un recurso importante.

Aunque el instrumento de colaboración ha sido el Convenio, éste ha sido un acuerdo sin financiación, porque firmarlo sujeto a una cuantía económica complicaba tremendamente el proceso y lo ralentizaba. No obstante, a efectos de apoyar la formación de la red y elaborar el PLS, la concesión de una subvención previa solicitud de la Corporación local, resultaba ser la propuesta más viable para canalizar la pequeña ayuda económica del Proyecto por parte de la Consejería de Salud.

*Lo que si observo es que todo lo que se dedica a salud pública, que no es poco, se dedica de manera finalista, vía subvención..., limitada en el tiempo ¿no?, por tanto **no trabajamos en acciones de salud pública de largo recorrido nunca: se acabó la subvención y acabamos con el casco de la moto.** Alcaldesa.*

En todo caso, las circunstancias que rodeaban el proceso de financiación por parte de la Consejería para apoyar la constitución de la red han sido en todo momento mejorables: los plazos se dilataron y el pago todavía mas; hubo problemas derivados del procedimiento de reintegro de crédito por parte de la Consejería de Hacienda, e igualmente con la orientación de los proyectos solicitados y con la ejecución del pago a los ayuntamientos.

Las convocatorias anuales de ayudas públicas para el desarrollo de proyectos suelen desalentar a determinadas asociaciones ciudadanas a participar en las mismas, dada la dificultad técnica que conllevan para personas sin la formación adecuada. **Esto sugiere estudiar las condiciones que favorezcan una mayor, y sobre todo más sencilla, participación de la ciudadanía en la gestión de los recursos públicos.**

Igualmente, se ha señalado como debilidades fundamentales, el bajo presupuesto del Proyecto y la oportunidad de asumir como propio, un Plan que comporta la asunción de importantes competencias, pero cuya financiación queda envuelta por un marco de incertidumbre.

Lo que si es cierto es que planificar en función de los determinantes de salud requiere diseñar respuestas financiadas tras una búsqueda de recursos compartidos; es decir abordar la financiación en un marco de gobernanza y por ello incorporando las líneas de subvenciones institucionales destinadas a las asociaciones.

*“porque para la **financiación**, hay subvenciones de muchas Consejerías, las de salud por supuesto, y otras muchas que coinciden en la salud. Yo creo que entre subvenciones, recursos propios, actividades que se pueden hacer, prácticamente sin coste económico, eso podría ir tirando, pero el tema de que haya una persona que esté ahí pendiente de que el proyecto no decaiga, eso yo creo que es fundamental”. Director de Área de Ayuntamiento.*

En el día a día, el hecho de contar con un presupuesto para actividades a distribuir por el Grupo Motor, según las prioridades establecidas, se considera una fortaleza para la funcionalidad del proyecto, aunque no es un elemento central de la red. De hecho, se le da más importancia para la continuidad de la iniciativa a factores como la presencia de apoyo y seguimiento técnico por parte de una o varias personas que a la propia financiación; incluso con el funcionamiento en red local se demuestra que es posible producir información de calidad con recursos propios (encuesta municipal de prevención de accidentes de tráfico).

Será la Estrategia para el desarrollo de la acción local en salud la que incorpore los aspectos de financiación.

El de los recursos es un tema pendiente de resolver en lo que respecta a la posibilidad de financiación interinstitucional, ya que “encorseta” las relaciones entre ambas administraciones, es poco flexible, marca tiempos y plazos difíciles de cumplir, tanto para el pago efectivo, como para las justificaciones y está muy burocratizado.

Es difícil poder trabajar en un marco de gobernanza local con este instrumento jurídico. Queda pendiente identificar otras posibles formas de apoyar con recursos, las acciones de salud pública en el territorio.

20

I.7. Formación para el Pilotaje. EASP

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS...

» En cada localidad, se solicitará la **designación de dos representantes del Gobierno Local del ámbito político y técnico**, para convocarles a un **Plan de formación conjunta** de las personas que van a formar parte **del Grupo Motor inicial (GMI)**, coordinado por cada Ayuntamiento para la implementación del Proyecto.

Tras la presentación del Proyecto se llevó a cabo un período de formación en donde participaron representantes del Ayuntamiento, Delegación Provincial de Salud y Distrito Sanitario con el objeto de dotar a los/as participantes de una serie de conocimientos que facilitaran el abordaje y puesta en marcha del pilotaje, así como brindar la posibilidad de establecer canales de comunicación entre las entidades implicadas.

Era obvio que la puesta en marcha de un Proyecto de estas características requería una formación *ad hoc*, y que por la experiencia adquirida anteriormente en trabajos con otros sectores, debía ser conjunta, multidisciplinar e interdisciplinar: “conceptos comunes para un proyecto común”. En este caso, provocar la cohesión de las personas que van a conformar el grupo motor inicial en cada localidad.



El Plan de Formación del Proyecto se diseñó desde el GD_RELAS y la coordinación del mismo en colaboración con la EASP (Anexo 5).

Para ello se creó un **Plan de Formación** que tuvo lugar en la **Escuela Andaluza de Salud Pública** (septiembre 2008) dirigido a componentes de los “grupos motores” del proyecto RELAS de perfil técnico: 8 para la **acción local**, 8 de las **delegaciones provinciales**, 8 de **distritos de atención primaria** (DAP); y por **gobiernos locales** (GG.LL) 18 (de perfil técnico y **concejales/as**); con unos objetivos muy concretos:

- Dar respuesta a la estrategia de formación conjunta contemplada en el proyecto.
- Conocer y debatir el Proyecto de pilotaje de Red Local (RELAS).
- Plantear los elementos necesarios para la puesta en marcha del proyecto RELAS.
- Iniciar el proceso de cohesión del grupo motor en cada una de las localidades designadas.
- Preparar el trabajo para la conformación de las redes locales

El proceso de formación finaliza con la elaboración, por parte de cada grupo, de una hoja de ruta y de un cronograma de trabajo. Ambos productos constituyeron las primeras reflexiones sobre la tarea que había que desarrollar y la necesidad de llevar a cabo un trabajo planificado y consensuado.

Este momento debe identificarse como una oportunidad para comprobar la viabilidad de un equipo de trabajo que se empieza a gestar.

Acudieron de todas las localidades convocadas excepto de Algeciras, donde no se pudo identificar a las personas referentes para su puesta en marcha. Esto ha supuesto que, a pesar del esfuerzo docente que se hizo posteriormente con talleres *in situ*, no se consiguió ajustar los tiempos con los demás y por ello no se ha podido recabar los datos para este informe.

Además, hay que tener en cuenta otras consideraciones: que esta es la localidad de mayor población con diferencia, y que se produjeron cambios en personas clave para su desarrollo como el TALS y el/la Jefe/a de Servicio de Salud Pública Provincial.

En la actualidad, una vez subsanadas las incidencias, el proceso continúa en marcha y con buen ritmo.

Como valoración global, el programa de formación se vio reforzado por la muy buena predisposición de los/as profesionales convocados y el clima alcanzado en los días de convivencia. Técnica de Ayuntamiento.

FASE II: Desde la puesta en marcha del proyecto hasta su EVALUACIÓN

II.1. Formación de un Grupo Motor impulsor del Proyecto.

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS...

LÍNEA 2: CREACIÓN DEL GRUPO MOTOR INICIAL

A instancia del gobierno local, para propiciar la Red y su funcionamiento, se constituirá un **Grupo Motor Inicial**, coordinado por el gobierno local correspondiente y responsable de su desarrollo, compuesto básicamente, por el gobierno local, el sector salud y aquellas personas, tanto del ámbito institucional como participativo, que designe el Ayuntamiento por su mayor vinculación a los problemas y riesgos sanitarios locales

- » La **coordinación del grupo le corresponde al Alcalde/sa o persona en quien delegue**, que designará **una persona que actúe como secretaria/o técnico/a del mismo**, a efectos de garantizar su organización.
- » El Grupo motor será el **encargado de impulsar la elaboración del Plan Local de Salud, y del Convenio**.

A partir del curso de formación en el que cada equipo local elaboró una hoja de ruta a seguir, se constituyó en cada localidad, un Grupo Motor Inicial (GMI) como elemento clave para impulsar el desarrollo de RELAS. Una ruta para una propuesta que requería que cada municipio formara un “equipo local”, elaborara su propio informe/perfil de salud, identificara sus problemas, los priorizara y abordara la configuración de una red; teniendo en cuenta además la disponibilidad de recursos para llevar a cabo su Plan Local de Acción en Salud.

La tarea no era solo del sector salud, sino de todos los agentes implicados en el territorio: educación, justicia, tráfico, servicios sociales, vivienda, comunicaciones, obras públicas, transporte, medio ambiente, trabajo y otros; todos ellos articulados de forma coordinada con la ciudadanía: organizaciones sociales, sector privado y ciudadanos/as no organizados.

En estos primeros pasos del pilotaje y al tratarse de un proyecto innovador a nivel local, hubo diversidad a la hora de desarrollarlo, lo que conllevó en algunos casos, a una ralentización en los procesos y a una diferente configuración de los equipos.

En el caso de la Agrupación de Córdoba, que integraba 3 municipios para la realización de un plan común, la formación de un Grupo Motor conjunto no fue posible por las prioridades diferentes de cada uno de ellos, decidiendo que finalmente se realizarían 3 proyectos



distintos, aunque sí realizando algunas actuaciones conjuntas que quizás no hubieran tenido lugar sin este proyecto en común.

Entre las dificultades que encontraron, destacar:

- Que las prioridades para cada municipio a partir del informe de salud son diferentes.
- que los recursos disponibles de cada Ayuntamiento para destinar al proyecto son desiguales, principalmente humanos, con dificultades de personal sobre todo en los más pequeños.
- que ha sido difícil conciliar las agendas de todas las personas implicadas de los tres municipios para poder reunirse.

En el resto de municipios, las diferentes circunstancias han propiciado distintos enfoques y aplicación de la metodología propuesta, lo que supone un enriquecimiento del pilotaje porque permite analizar otras formas de trabajo en el desarrollo del Proyecto.

Se ha dado el caso de crear, por consenso, una organización de funcionamiento del grupo motor en tres niveles: una Comisión Permanente del Grupo Motor, constituida por los miembros estables; un Grupo Motor Ampliado, constituido por miembros de la Comisión Permanente, más aquellas otras personas que dicha Comisión designe para el desarrollo de apartados específicos del Proyecto; y un Plenario del Grupo Motor, constituido por los responsables políticos firmantes del Convenio (Ayuntamiento y Delegación Provincial de Salud), directivos del Distrito Sanitario y los miembros de la Comisión Permanente del Grupo Motor Inicial.

En cualquier caso, las circunstancias han condicionado y dificultado la tarea de configuración del grupo, así como su funcionamiento: dificultades para su organización y planificación de las reuniones (agendas, horarios, convocatorias, espacios...), sentimiento de una baja productividad, falta de recursos humanos y materiales, presión diaria por “producir”, voluntarismos...

En cualquier caso, podemos hablar de lecciones aprendidas de todas y cada una de las experiencias, con las que se puede generalizar:

La composición del Grupo Motor inicial es uno de los elementos más importantes en la constitución de una red. Si la elección es adecuada, las posibilidades de éxito son mayores. Es muy complicado dar con modelos universales de grupo motor, por que cada territorio es diferente, sus actores políticos y administrativos, las relaciones entre ellos, los flujos de poder, etc. son totalmente distintos; pero una mala elección de los miembros garantiza, casi con toda seguridad, el posterior fracaso.

La representación política del GM es del alcalde/sa, que es quien realmente ejerce el liderazgo, de forma directa o por representación. Este liderazgo en el GM es reconocido

por el Equipo de Gobierno, por lo que debe actuar de forma transversal con las otras áreas, incorporando sus compromisos en el desarrollo de la red, ya que hay que evitar la sectorización actual de la mayoría de los Ayuntamientos, e ir a programas globales.

Un GM mixto (político y técnico) aporta agilidad en el desarrollo del proyecto, porque se complementan; el/la político/a puede tomar decisiones sobre las aportaciones del técnico/a y a la vez el técnico/a, con las aportaciones del político/a presenta o modula las propuestas.

Para la **representación técnica** es necesario el compromiso y apostar más por la actitud proactiva que por la excelencia en el conocimiento. Los técnicos que representen al sector de salud deben tener una visión comunitaria de la salud pública. La representación técnica por parte del Ayuntamiento debería ser, si existe concejalía de salud, ésta preferentemente o si no es así, quien lleve el contacto con las asociaciones: Participación, Bienestar Social, Medioambiente, etc.

Cuando ya se han identificado y priorizado los diferentes problemas de forma participada, e incluso definido áreas de intervención, las propuestas finales se trasladan a una serie de grupos de trabajo, que son los que diseñaran las líneas estratégicas para llevar a cabo los objetivos planteados e incluso pueden modificar las propuestas del Grupo Motor.

La configuración de los grupos, es una de las etapas del proceso de pilotaje más ricas en cuanto a que esta ha sido diferente, en función de la idiosincrasia de la localidad, las personas, la visión técnica o la experiencia previa de trabajo en Salud Pública.

Se ha dado también el caso de que además del Grupo Motor, y los correspondientes grupos de trabajo, se han articulado otras estructuras como: un Grupo Motor Ampliado que incorpora agentes clave y un Plenario que reúne a todos ellos.

Los grupos de trabajo están formados por personas de diferentes sectores, en relación con la línea priorizada; su composición debe ser flexible y en conexión con el Grupo Motor para que el desarrollo del proyecto sea dinámico. Esta estructura de trabajo comienza a formar el esqueleto que materializará la red local.

En suma, un Grupo Motor debe ser un **grupo de composición flexible** no personalizado, con una serie de funciones concretas:

- El diseño, seguimiento, planificación y dinamización del PLS.
- La coordinación de las mesas/equipos/grupos de trabajo.
- La interlocución con los dirigentes.
- La consulta de necesidades, expectativas y propuestas de la ciudadanía.
- La búsqueda compartida de recursos y su gestión.



- La visión global de los recursos disponibles para optimizar y no duplicar.
- La integración de los recursos de las Instituciones y otras Entidades.
- La evaluación global del PLS.

Se propone una sistemática de trabajo mediante reuniones ordinarias periódicas, con convocatoria establecida, orden del día y acta correspondiente; para las que se aconseja establecer un protocolo de funcionamiento y comunicación interna, que obviamente, facilitará la tarea.

Pero no siempre se puede sistematizar, en algunas ocasiones, la incompatibilidad de horarios entre profesionales ha dificultado la puesta en marcha de actividades en coordinación. Por ejemplo, las intervenciones con Educación a veces sufren el efecto “avalancha”: todos los sectores quieren poner en marcha actuaciones en los diferentes niveles educativos.

Una de las fortalezas señaladas por los agentes que han participado en la evaluación ha sido que, desde el primer momento, se creó un grupo comprometido con el proyecto y que, a pesar de los cambios acaecidos en los miembros, ha mantenido su cohesión durante todo este tiempo contagiando su entusiasmo a las nuevas incorporaciones. Concejalía de Igualdad.

25

II.2. Identificación de Agentes Clave

Se consideran agentes clave aquellas personas referentes de diferentes ámbitos de trabajo, de la localidad, responsables de la interlocución, la dinamización de los grupos y la planificación y generación de acciones. Son personas competentes, con amplio conocimiento y experiencia del área de trabajo relacionada y sobre todo, con habilidades sociales para el desempeño de las funciones asignadas.

El proceso de identificación de agentes clave se ha ido gestando por los diferentes miembros del Grupo Motor desde las fases iniciales, aunque se haga efectiva después de la priorización de los problemas de salud.

Pero ¿Como identificarlos?, es una cuestión a la que se ha dado respuesta de diferentes formas:

- A partir de una propuesta elaborada en el Plan de formación de la EASP (Anexo 6).
- Mediante unas **fichas de clasificación-identificación** de agentes clave en el proceso (Anexo 7), para ir encuadrándolos en cada grupo de trabajo, en base a las diferentes áreas de actuación priorizadas.

- Mediante un breve **cuestionario** para elaborar un catálogo de recursos en salud con el que identificar aquellos agentes, tanto del ámbito sanitario como social, asociativo, empresarial, etc., con responsabilidades en los contenidos del Proyecto, con el objeto de crear un registro de acciones y actividades que en materia de Salud Pública se estén desarrollando en la localidad desde las diferentes Instituciones, Entidades, Asociaciones y demás colectivos. (Anexo 8)

Algunos agentes clave:

Ayuntamiento: Los Gobiernos Locales ven necesario RELAS para mejorar la calidad de vida de la población de su municipio, si bien la asunción del liderazgo por parte de estos, ha sido progresiva.

Es el eje central del éxito de la iniciativa de su localidad. Desde el principio, la mayoría de sus Departamentos (Concejalías de Salud, Igualdad, Bienestar Social, Deportes y Juventud...) han colaborado estrechamente en el Proyecto, haciendo de él una de las líneas principales de su política.

Hay que señalar que el conjunto de las responsabilidades directas ha recaído durante la mayor parte del pilotaje, sobre la figura de la Concejalía de Salud cuando ésta ha existido y, en general, en los referentes municipales de la corporación local, pudiendo calificar la participación del resto de miembros de la red y de los grupos de trabajo antes como de aportación continuada, que como de implicación directa.

En las relaciones interdepartamentales puede decirse algo similar del personal del ayuntamiento, quienes con la excepción de los más implicados miembros del GM, entienden que su aportación al Proyecto es antes de carácter puntual y coyuntural, que de carácter sistemático y estructural, pues al igual que los demás profesionales de otras áreas, tienen su tiempo de trabajo muy comprometido.

Para el desarrollo del Proyecto, los Ayuntamientos aportan los recursos de que disponen, tanto humanos como materiales, aunque la mayor o menor dotación de personal de los Ayuntamientos influye en la facilidad con que los proyectos se llevan a cabo.

No todas las áreas del gobierno local se han sentido partícipes del proyecto, si bien las que han participado lo han hecho propio y esta participación ha sido, en general mayor, en las concejalías relacionadas con Servicios Sociales del Ayuntamiento.

Para el proyecto es importante que el los GG.LL. asuman el liderazgo de la red local y que exista una persona “referente” en los Ayuntamientos, que constituya la conexión entre los sectores que participan en los mismos (es necesario un mínimo de personal cualificado para poder desarrollar este tipo de proyectos).

Delegación Provincial de Salud (DPS): Representa el soporte básico de la iniciativa, al constituir un refuerzo en todo momento, tanto en aspectos de asesoramiento, como colaborativos, desde la Jefatura de Servicio de Salud Pública con todas sus Secciones, destacando el papel del personal Técnico de las diferentes áreas.

A tenor de la información obtenida por los/as informantes, el papel de la DPS ha sido valorado positivamente, si bien en las primeras fases del pilotaje hay algunas opiniones que apuntan hacia la creencia de un “recelo por parte del sector salud” a delegar el liderazgo del proyecto al Gobierno Local y a un excesivo control en la toma de decisiones; esto es algo que se ha ido resituando a lo largo del proceso.

Técnico/a de Acción Local en Salud (TALS): Es la figura clave para llevar a cabo el pilotaje porque permite el enlace con los otros sectores, agilizando el proceso y reforzando la visión de Red Local en salud.

La mayoría de los/as entrevistados/as consideran que la participación de la DPS ha estado sobre todo en la figura técnica del TALS, es una figura que ha sido valorada positivamente en cada una de las fases del proceso como verdadero motor y coordinador del proyecto aunque, desde algunos sectores, se considera que en determinados momentos ha tenido una sobreimplicación.

Área de Gestión Sanitaria (AGS), que gestiona el apoyo desde los servicios sanitarios a las corporaciones locales de su ámbito de influencia para el desarrollo de la acción local.

El Distrito Sanitario - el Hospital (en algunas localidades) – Centro de salud, reorientan sus servicios hacia los Ayuntamientos para que estos asuman su liderazgo en la red local, quedando salud como otro sector más participe de RELAS. Este cambio ha supuesto un esfuerzo de los servicios de salud, a favor de una visión más comunitaria de la salud y no tan asistencial. Las UGC han hecho un esfuerzo organizativo, incorporando las necesidades de la red a las actividades de la Unidad.

En concreto el **DAP y el Hospital,** además de hacer el diagnóstico inicial de salud, han participado en la coordinación del Proyecto y han brindado apoyo con recursos humanos y materiales para el mismo, tanto en el grupo motor como en algunos grupos de trabajo.

El Centro de salud, es el que, por su proximidad y cercanía, cuenta con un amplio conocimiento de la realidad local y de la salud de la ciudadanía, así como de los recursos tanto materiales como humanos disponibles. Su función es de conexión con el DAP y de colaboración e implicación en el GM, allí donde es más efectiva.

Desde los servicios de salud, el apoyo y la colaboración ha sido muy variable en función de las etapas del proceso. Los principales obstáculos para la posible cooperación, proce-

den de la sobrecarga asistencial, del déficit de acción comunitaria y de una actitud negativa ante las iniciativas provenientes de estamentos sanitarios superiores.

Desde todos los sectores se considera de gran importancia el papel de los Centros de salud y Consultorios locales en el proyecto, por la cercanía de los mismos a la ciudadanía y como excelente canal de comunicación y transmisión de mensajes en promoción y prevención, sobre todo por la percepción de autoridad que les confiere la ciudadanía.

La valoración que los informantes tienen acerca del papel desempeñado por el Distrito ha ido cambiando en función de las fases del pilotaje: en los comienzos hay opiniones que apuntan hacia una falta de credibilidad por parte del Distrito en el proyecto, percepción que ha ido desapareciendo a lo largo del proceso. Equipo Motor de RELAS.

Entidades locales supramunicipales y organismos dependientes (Diputación, Mancomunidades, Patronatos, Institutos...): con los que en algunas localidades, se han abierto varias líneas de colaboración en diferentes actividades.

Queda todavía pendiente, para la Estrategia de acción local en salud, definir mejor el ámbito de cooperación con otros entes de gestión municipal con responsabilidad operativa en el terreno, ya que son parte importante en este tipo de proyectos por su cercanía a la población. De ahí que se esté trabajando con diferentes Diputaciones las diferentes formas de cooperación y colaboración interinstitucional.

Educación: Es clave la presencia en el proyecto de los Centros de Educación Primaria, Institutos de Educación Secundaria y AMPAS, ya que se consideran receptores y concedores de los problemas de la población escolar y juvenil. Este sector tiene la limitación de tener que ajustarse al horario y tiempos académicos.

Entidades Privadas: No solo por su aportación de recursos de forma altruista en muchas actividades (cooperativas de aceite, panaderías, farmacias, fruterías, tiendas de cascos, tiendas de deporte, sector hostelero,...) tanto a título individual como federadas, sino también por su participación en el proceso de planificación.

Informantes claves: Profesionales del municipio y líderes de la comunidad, que han aportado a lo largo del proceso, datos cualitativos de la realidad del municipio.

Instituto Andaluz de la Mujer e Instituto Andaluz de la Juventud: De gran implicación por el impulso de las políticas de igualdad y juventud, y la potencia de la red

social de mujeres y jóvenes, favoreciendo la comunicación con salud y la instauración de acciones coordinadas.

En los párrafos anteriores hemos visto reflejada información relativa a “**Actores o Agentes Clave**” respecto a su vinculación al proyecto; en este sentido cabe señalar que aún habiéndose dado un salto cualitativo muy importante en “**intersectorialidad**” con respecto a las condiciones precedentes, percibimos la ausencia de importantes sectores clave vinculados a algunos de los determinantes de salud más relevantes y además, que el nivel de implicación de los distintos actores y sectores en el proceso de construcción debería **avanzar en el tiempo con la experiencia y el aprendizaje**.

“...Después de mi experiencia en el RELAS, y destaco eso, porque antes de mi experiencia en el RELAS, yo pensaba que la participación era lo que estábamos haciendo y la diferencia es sustancial”. TALS.

“la participación consiste, no sólo en pedirle opinión a la gente, sino esa opinión volcarla en algún Plan que se visualice y después comprometerte a cumplir esas acciones que aparecen en el plan, pero no sólo tú por tu cuenta, sino siguiendo contando con las aportaciones, con las apreciaciones que te van dando los ciudadanos que han participado” Profesional del SAS.

“poder intervenir tanto en el diseño, como en la ejecución, como en la evaluación de lo que sea, el que la gente tenga esa posibilidad de exponer sus ideas, que no tienen por qué llevarse todas a la práctica, pero que si en algún momento no se pueden hacer, que se le diga porque no se pueden hacer, pero que se sientan implicados en el proceso desde el principio hasta el final, no es solamente la asistencia” Profesional del SAS.

La Participación Ciudadana: El nuevo modelo de salud pública propicia una mayor participación ciudadana así como un acercamiento a lo local como punto de partida de las políticas públicas en materia de salud. La fórmula que se ha considerado adecuada en el proyecto RELAS para potenciar dicha participación ciudadana consiste en, interesar e implicar en el proyecto a las diferentes **asociaciones vecinales y de otros ámbitos** para que consideren la salud como elemento transversal y formativo de todas sus actuaciones.

Si los objetivos propuestos en el nuevo modelo de SP se están cubriendo desde la parcela institucional, en el plano de las actuaciones relacionadas con la participación ciudadana quizás no se hayan alcanzado, porque no se le ha dado suficiente protagonismo a los distintos grupos y asociaciones para que interioricen el proyecto RELAS. De las entrevistas realizadas se concluye que, la participación es una suma de recursos pero no una corresponsabilización en la toma de decisiones. Las causas que pueden haber originado esta respuesta pueden radicarse en la no adecuada información acerca de qué significa la acción participada. Con frecuencia se cae en el error de convertir los proyectos en intervención de la administración, incluso interadministrativas y consultas tabuladas a la ciudadanía.

Se debe trasladar a la ciudadanía una visión clara de cuál es su papel como agente de salud y facilitar los instrumentos necesarios para que realicen las tareas que les competan. Incluso, se sugiere un análisis específico de los conceptos de participación, gobernanza e intersectorialidad.

No es fácil implicar a la ciudadanía en un plazo breve y con una población numerosa y dispersa. Las actuaciones en los medios públicos, encuentros y jornadas no han sido suficientes para conseguir los objetivos propuestos.

No obstante, las diferentes estrategias e instrumentos que hay en marcha para el fomento de la participación ciudadana, entre ellos las estructuras de los presupuestos participativos, los consejos locales del mayor, de la juventud, de la mujer, de agricultura, del deporte, del patrimonio histórico y natural, escolar, de servicios sociales, de medio ambiente, cultural, económico y social, etc., así como el senado popular, la mesa de la movilidad, mesas sobre absentismo escolar, la comisión municipal de vivienda y diversas federaciones, han abierto un camino por el que debe discurrir la política del nuevo modelo de salud pública, aprovechando las experiencias y estructuras preexistentes o bien generándolas como nuevas.

En la experiencia que ahora evaluamos, además de la incorporación en mayor o menor grado de las organizaciones sociales y ciudadanas o de la ciudadanía en general, cabe reflejar como alguna experiencia concreta la propuesta, aprobación en el Pleno Municipal y puesta en marcha de estructuras formales a modo de **Consejo Local de Salud** como iniciativa consensuada dentro del grupo motor y como medio de fomentar la participación, el empoderamiento de la ciudadanía y el liderazgo de la Corporación Local; **Mesa Local de Salud**, con la participación de diferentes agentes locales...

En otros lugares, se está a la espera de una mayor consolidación al final del Pilotaje, contando con el GMI y con el nombramiento formal de los referentes o responsables de cada línea o grupo de trabajo.

Resueltos los impedimentos sugeridos y llevados a cabo los procesos de participación, son fundamentales la evaluación y las propuestas de mejora con la periodicidad que se estime

pertinente. *No podemos olvidar que la participación social y el protagonismo de la ciudadanía son imprescindibles para el éxito de todas las políticas de salud.*

II.3. Comunicación y difusión del Proyecto

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS

(Viene del apartado firma del Convenio. Pag. 17 y 18)

LÍNEA 3: ELABORACIÓN Y FIRMA DEL CONVENIO

.....Esta es una fase en la que ambas partes valorarán los compromisos a adquirir, los recursos disponibles y los necesarios^{1*}, las personas-instituciones responsables de las acciones, los plazos y el grado de ejecución de las mismas. Se aconseja que sea el GM el que elabore la addenda correspondiente.

Como preámbulo de las acciones a desarrollar en cada localidad, las partes planificarán la difusión del evento como estrategia de promoción, información y comunicación de sus contenidos, mediante **un Plan de comunicación**.

Se hace referencia en el párrafo anterior a un Plan de comunicación, a través del cual promover, informar, comunicar sobre la justificación, los contenidos, etc., del Proyecto piloto, entendido más bien como una estrategia de comunicación vinculada al evento relacionado con la firma del Convenio entre las partes: Consejería de Salud y Gobierno Local.

Este es uno de los apartados del proyecto que, sin estar reflejado en su metodología de forma lo suficientemente clara y explícita, se ha considerado imprescindible para su desarrollo. Era necesario hacer llegar los objetivos, justificación y contenidos a los diferentes sectores e instituciones implicadas, a la ciudadanía e incluso a la propia organización sanitaria, tanto a profesionales de la SP como a los de los Servicios sanitarios.

Se pretende conseguir la mayor difusión posible del Proyecto y dar a conocer sus objetivos y metodología, así como impulsar la intersectorialidad e implicar a la comunidad.

Para ello, en cada localidad se organizó una amplia presentación institucional a otras instituciones y a la ciudadanía, en diferentes ámbitos: para informarles, conseguir su reconocimiento y la posterior incorporación de los agentes implicados.

De las diferentes presentaciones destacar aquellos ámbitos de mayor rentabilidad e impacto para el proyecto:

1 En lo que respecta a los recursos es importante que, en la fase de negociación se tipifiquen las diferentes fuentes de recursos, captación y procedimientos de financiación, ya que es este uno de los aspectos más relevantes del proyecto piloto, en cuanto a la concreción de la Estrategia general para la RELAS y las diferentes formas de gestión en el nivel local.*

- El/la Delegado/a Provincial de Salud a los demás Delegadas/os Provinciales en la Comisión Provincial de Coordinación, con el objetivo de informar e implicar a las demás Delegaciones Provinciales.
- Al personal técnico de los diferentes Servicios de Salud, especialmente a las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la localidad para informarles del desarrollo del proyecto e implicarles en su desarrollo.
- El/la Alcalde/sa o concejalía de referencia, a las diferentes concejalías del Ayuntamiento.
- A los sectores locales más relevantes de cada municipio por parte de ambas instituciones.
- A otras entidades locales: Diputación, ya que es uno de los elementos fundamentales para el desarrollo del proyecto en los municipios pequeños (menores de 20.000 habitantes).
- Presentación pública a la sociedad civil, como primer contacto con la ciudadanía.

En general la acogida fue bastante buena, aunque en algunos círculos se manifestaba cierto escepticismo, visualizando ya, desde este momento, cuales iban a ser los sectores que facilitarían la tarea y con los que iba a ser más complicado trabajar..... Profesional de la DPS.

32

En la valoración del proceso se ha detectado, prácticamente en todas las localidades, una serie de carencias que se hubieran subsanado de existir una estrategia de comunicación en su implementación y desarrollo.

Además de la presentación del Proyecto, es fundamental publicitar las acciones resultantes del mismo que inciden en la población, de forma que esta adquiera conciencia de todo lo que se está desarrollando en su entorno así como de la importancia de su propio protagonismo; estamos hablando de comunicación.

Tanto en lo que respecta a la conexión con la ciudadanía como instrumento de participación, como por el valor añadido que supone para las instituciones; así como por el posible impacto del Proyecto, la comunicación, hoy en día de este tipo de trabajos, es un instrumento clave de éxito, para la que hay que distinguir diferentes agentes e instrumentos.

- Comunicación Interna (mediante e-mail, entorno colaborativo de trabajo (ECT), tarjetas en plantilla corporativa y vía telefónica, para miembros del Grupo Motor y Entidades del proyecto),
- Comunicación Externa (a la ciudadanía, a través de medios de comunicación locales, soportes ciudadanos y actos públicos)
- Redes Ciudadanas (Instituciones, colectivos, clubs, asociaciones, etc.)
- Nuevas tecnologías de la información: Webs, redes sociales, MSS...



No obstante, una vez detectada esta carencia en la primera fase del Proyecto y con un asesoramiento experto en comunicación; a partir de la tarea de valoración de medios e instrumentos de comunicación en la localidad que hizo cada TALS, se concretaron unas pautas básicas de comunicación y difusión para utilizar a lo largo del proceso (Anexo 9).

II.4. Análisis de situación de salud

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS

LÍNEA 4: ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

Debe partir del análisis que aporta la Provincialización del III PAS, del diagnóstico de salud preliminar de la localidad y la información de zona disponible, y elaborarse mediante un trabajo intersectorial e interdepartamental de la corporación. Es una tarea conjunta entre todos los actores públicos y otros actores de la acción social y siempre con la participación de la ciudadanía.

Este Proyecto pretende definir un modelo a partir de las experiencias; a efectos de organización de la información se precisan unos datos mínimos a tener en cuenta en su elaboración y en cualquier caso, desagregados por sexo y analizando las situaciones de desigualdad:

1. Datos generales del/los municipio/s.
2. Datos demográficos (evolución de la población, flujos,...)
3. Datos medioambientales y socioeconómicos (saneamiento, agua, productos químicos, residuos,...); actividad industrial, comercio, operadores económicos, empleo, analfabetismo..., análisis de riesgos biológicos, químicos, asociados a nuevas tecnologías, reacciones adversas y exposiciones a diferentes agentes)
4. Estado de salud (hábitos y estilos de vida, morbilidad, mortalidad, discapacidad, cobertura de programas,...)
5. Recursos de salud y locales (asistenciales, atención, cogestión, autocontrol, movimiento asociativo, guarderías,...)

El objetivo es priorizar los principales problemas de salud, identificar los colectivos diana, identificar los recursos locales y diseñar respuestas y acciones encaminadas a la promoción, vigilancia y protección de la salud, así como a la prevención de las enfermedades. Igualmente la identificación de actores significa el inicio de un entramado en Red que se irá consolidando conforme se avance.

En el proceso de elaboración de un PLS el análisis de situación de salud constituye la primera fase y consiste en elaborar un **Perfil de salud municipal** a partir del **Diagnóstico preliminar** de salud al que se le incorpora la información de los diferentes sectores, instituciones y ciudadanía del municipio, hacia una información “mas aproximada a la realidad” de la localidad.

II.4.a. Diagnóstico preliminar de salud

Como ya se ha visto, previo a la presentación del Proyecto al Gobierno local y hasta la formación del Grupo motor, se llevó a cabo por parte del Distrito Sanitario y la Delegación Provincial de Salud, un Diagnóstico preliminar de salud del municipio (Anexo 10), con la finalidad de contar con datos objetivos sobre los problemas de salud que acontecían en la localidad (morbimortalidad, prestaciones, programas, captación, coberturas, planes y procesos, activos...) y la posterior identificación y detección de los mismos que sirviera de justificación y de apoyo para el abordaje y compromiso del gobierno local en un Plan local de salud.

Pero esto fue solo una aproximación, para la elaboración de un diagnóstico, desde la perspectiva del sector salud, se utilizaron las bases documentales existentes, que han dado lugar a una información clave de contraste de los problemas de salud del Municipio, con respecto a la Provincia, resto de Andalucía y al ámbito Nacional.

Este diagnóstico preliminar de salud del municipio es un informe inicial que sirve de apoyo para la aproximación entre ambas instituciones, con el objetivo de proporcionar una visión general de la salud del entorno a partir de los sistemas de información habituales. Se elabora desde el sector salud por profesionales epidemiólogos del DAP correspondiente, en colaboración con la DPS.

Pero no solo se valora la carga de enfermedad sino también una aproximación a algunos activos en salud identificados desde los servicios (Forma Joven, Centros de atención temprana, Aprende a sonreír, A no fumar me apunto, etc.). Para complementarlo e interpretarlo se incluyen algunos datos socioeconómicos de la localidad, fundamentales para conocer mejor el territorio.

... Es un informe de gran valor para trasladar a la corporación local la importancia y la necesidad de planificar las acciones locales en salud. Profesional de salud.

Hasta el momento de implantar RELAS no se disponía de un informe de salud y mapa de riesgos a nivel municipal, de forma que estos no tenían una información objetiva (cuantificada) de los problemas de salud de los respectivos municipios.

El informe inicial de salud y el mapa de riesgo (aportado por salud) presentaba una visión parcial de los problemas del municipio, por lo que hubo que completarlo añá-



diendo otra información que fue aportada por los Ayuntamientos, conformando así una visión más amplia y apropiada del estado de salud a nivel local en función de sus determinantes sociales, uniendo información de vigilancia para la salud y otros datos socio-económicos y ambientales. **El salto cualitativo será el paso de un diagnóstico habitual de base epidemiológica, como el diagnóstico preliminar, a un informe de situación, orientado a los determinantes sociales de la salud, como es el Perfil de salud municipal.**

II.4.b. Perfil de salud municipal. Identificación de problemas

Un “análisis de salud real”- perfil municipal de salud es aquel que incorpora al Diagnóstico inicial o preliminar del sector salud, la información tanto cualitativa como cuantitativa de las aportaciones y sistemas de información de los otros sectores e instituciones de la localidad y nace de la interpretación conjunta, recogiendo las aportaciones de las instituciones y necesidades de la ciudadanía.

Que cada municipio disponga de este “informe de salud” compartido, es indispensable para priorizar aquellas áreas sobre las que se desea trabajar en la mejora del nivel de salud de la ciudadanía.

Disponer de un informe de salud ha supuesto compartir la información (que antes no se tenía) y añadir transparencia al inicio del proceso. Esto requiere la colaboración en la elaboración del mismo. El Gobierno local y las Entidades Locales en general, cuentan con datos e información propios que amplían y complementan de manera enriquecedora el informe y por tanto la visión y aproximación a la realidad.

II.5. Priorización de problemas

El siguiente paso era la priorización de los problemas y la aplicación de una metodología de selección, mediante consenso.

Se parte de un instrumento diseñado por el GM (Anexo 11) para determinar los problemas y necesidades en salud de la población, teniendo en cuenta los recursos y servicios disponibles. Se procedió a recopilar la información existente acerca del municipio (Ayuntamiento, Distrito y Delegación de Salud). Así mismo, se realizaron diversas entrevistas y cuestionarios con diferentes profesionales de la localidad.

Esta etapa ha marcado el camino posterior de las distintas actuaciones de la iniciativa: el trabajo con los grupos y el PLS con la programación de actividades posterior, etc.

La metodología utilizada ha sido diversa y se han utilizado diferentes instrumentos de priorización, de los que destacamos algunos:

1. Un Análisis y revisión documental, elaborado a partir de informes, planes y proyectos con los que contaba el Municipio, que consiste en la elaboración de un **catálogo de los problemas** de salud ponderados por orden de importancia y factibilidad, con el que se ha determinado la priorización en su abordaje, por parte del GM.
2. Formación de **Grupos de discusión** que mediante un proceso de diálogo-negociación interno entre los miembros del grupo motor, quien a partir del análisis de la información obtenida de las diferentes fuentes, concluye un listado de problemas en salud, para su posterior sometimiento a debate y búsqueda del consenso entre los diferentes colectivos del municipio y con ciudadanos/as seleccionados a modo de informadores clave.
3. **Entrevistas con informantes clave**, seleccionados para tal fin por el grupo motor.
4. **Reuniones técnicas** con responsables de áreas técnicas de trabajo en las distintas instituciones implicadas.
5. Una **técnica nominal**, valorada muy positivamente en la evaluación, que consiste en ir puntuando cada miembro del grupo motor en función de dos variables, la importancia del problema y la factibilidad de su abordaje.

36

En todo caso hay que evitar ralentizar el proceso por un análisis exhaustivo de la situación (que no es precisamente la situación ideal) a favor de actuar de forma mas efectiva e incluso eficiente. hay que evitar la “parálisis por análisis”, ¡jempezar ya! Coordinación RELAS.

Aunque desde todos los organismos se apuesta por la participación, en esta etapa, hay un alto grado de consenso respecto al déficit en la dimensión real que ha tenido la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas de salud de la localidad, y se argumenta/justifica que en los primeros momentos de funcionamiento del pilotaje había cierta incertidumbre y recelo de incorporar a la ciudadanía y a sus organizaciones, a la hora de priorizar problemas de salud.

II.6. Creación de la Red Local de Acción en Salud.

En cada localidad los Grupos de Trabajo cuentan con una metodología común: generalmente cada uno de estos grupos está coordinado o tienen un referente en un miembro del Grupo Motor y la frecuencia de los encuentros se lleva a acabo en función de las necesidades que marque el propio proceso, tanto a petición del/la coordinador/a como de los propios miembros de los grupos.



Se mantuvieron contactos individuales con agentes clave del municipio (personal de guarderías, institutos de educación secundaria, colegios, personal de cocinas y oficios, responsables empresariales, residencias de mayores, profesionales médicos y del municipio, entidades ciudadanas,...) con el fin de que las futuras líneas del plan fueran el fruto del consenso y la participación social. La formación de los subgrupos aumentó el sentimiento de pertenencia al grupo y a la red. (Anexo 12)

Pero como ya se ha visto, el desarrollo del proceso para la formación de la red local no ha sido uniforme:

- Unos la van conformando ya desde la presentación del Proyecto a otras Instituciones y a la ciudadanía, para la priorización de los problemas, propiciando la formación de diferentes Grupos de Trabajo o subredes.
- Otros crean grupos de trabajo para el abordaje de los problemas identificados y priorizados, cada uno de ellos asignado a algún miembro del Grupo Motor, que se ocupa de su dinamización y de la preparación de las reuniones, con lo que implica a todos los miembros y los responsabiliza de cada una de las áreas que le fueron designadas. El funcionamiento de estos grupos ha sido desigual.
- En otra localidad la han ido tejiendo a partir de la estrategia municipal diseñada por el GM para el desarrollo de las diferentes áreas del plan. Una vez presentada a la ciudadanía la estructura del PLS se fragua la red, ya que de ahí surgen los grupos de trabajo encargados de diseñar, desarrollar, coordinar y ejecutar las acciones.
- Incluso se ha configurado la red a partir de espacios y estructuras de participación preexistentes en el municipio, relevantes en el área de Salud, tales como Comisiones, Consejos y otros órganos. De allí surgen los contactos y grupos para desarrollar y proponer actuaciones específicas según el perfil del municipio, zonas, barrios.

En esta fase, es importante el traslado de responsabilidades a las personas integrantes de las redes de trabajo, ya que la información teórica del diagnóstico preliminar se complementa con la información de los diferentes agentes (perfil de salud), aplicando la metodología del trabajo en red, y con ello se van consolidando poco a poco las redes de trabajo.

En este punto es importante diferenciar el funcionamiento en red de diferentes grupos de trabajo en los que existe representación de la ciudadanía o ésta participa de forma activa en una fase del proceso: valioso, pero no estructurado; esa es la diferencia.

- Por un lado, la formación de **grupos de trabajo comunitarios**, formados por representantes de la Corporación Local, el/la TALS, uno o varios miembros del GM, diferentes

profesionales del municipio con capacidad de actuación en cada problema, las asociaciones e instituciones implicadas y líderes del municipio; con la finalidad de alcanzar entre todos, los objetivos de salud más próximos a la ciudadanía.

- Por otro, la puesta en marcha de **Grupos de discusión** mediante reuniones lideradas y presididas por un/a concejal del ayuntamiento y coordinadas por el/la TALS, con el objetivo de someter a consenso, matización y/o corrección, las futuras líneas del PLS.

Esta actividad ha sido valorada como muy positiva, por haber considerado las diferencias entre los grupos y colectivos, teniendo presente en todo momento el fomento de la equidad.

II.7. Elaboración del Plan Local de Salud (PLS).

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS...

LÍNEA 5: ELABORACIÓN DE UNA RESPUESTA. ANEXO CONVENIO. PLAN DE ACCIÓN

Este es el nudo de actuación del funcionamiento en red local ya que cobra protagonismo el gobierno local, que debe asumir aquí el auténtico liderazgo de la acción y la elección de la respuesta.

Es necesario priorizar las intervenciones a seguir, los compromisos concretos de los diferentes sectores serán recogidos en un anexo al Convenio.

El Proyecto continúa con los siguientes pasos:

- » Establecer las prioridades en función del consenso
- » Diseñar una respuesta en la que se relacione actividades operativas y concretas.
- » Describir la estructura sobre la que se soporta el proyecto.

A partir de la información disponible, alcanzar mediante técnicas de consenso, las distintas propuestas; haciendo confluir las carteras de los sectores implicados para la integración de las actuaciones. El gobierno local comunica a los demás la visión de conjunto y a partir de ahí, crea las condiciones básicas para que cada uno pueda asumir sus responsabilidades en un espacio de trabajo participativo y en Red local.

Pero estamos hablando de una Red local de acción en salud y se deberá tener en cuenta la secuencia de ordenación clásica de contenidos en SP: promoción, prevención, protección y vigilancia, así como las principales líneas de trabajo de la SP en la actualidad:

1. El hogar y la familia como centro de la intervención: personas mayores, mujeres, jóvenes e infancia.
2. Seguridad, gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.
3. La reducción de las Desigualdades en salud: socioeconómica, de género, grupos específicos y Zonas de Necesidad de Transformación Social (ZNTS).
4. Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación equilibrada, tabaquismo,...)
5. Entornos saludables y estrategias sostenibles: lugares de encuentro, ocio, paseo.
6. Elementos de Protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental (identificación, gestión y comunicación de riesgos, biológicos, químicos, asociados a nuevas tecnologías, reacciones adversas y exposiciones a diferentes agentes)

El Plan Local de Salud ha venido a iniciar, de forma institucional, una forma de trabajar por mejorar la salud de la población aglutinando a la mayoría de sectores implicados a nivel local, aunando esfuerzos y recursos para hacerlo bien y de forma eficiente, y dando forma a todas las actuaciones, proyectos y programas que se venían realizando en el municipio de forma sectorial, lo que ha permitido un enriquecimiento mutuo, al compartir objetivos, recursos y esfuerzos, creando una guía para la acción, y coordinando a los diferentes sectores, siendo un documento por ello deseable por todos. Se adjunta modelo de estructura y guión para la elaboración de un PLS.

MODELO DE ESTRUCTURA DE UN PLAN LOCAL DE SALUD

- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Diagnóstico preliminar de salud
Perfil de salud municipal
Identificación de los principales problemas

Análisis e identificación de recursos locales disponibles

- PRIORIZACIÓN

- PLAN DE ACCIÓN

- Líneas Estratégicas
- Objetivos
- Acciones

- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Metodología
- Panel de indicadores

ANEXOS

GUIÓN A SEGUIR PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN LOCAL DE SALUD

1. Diseñar un protocolo o herramienta que guíe el proceso con anterioridad a su puesta en marcha.
2. Documentarse y analizar otros planes y otras experiencias similares. Tener en cuenta los elementos preliminares: los diagnósticos de salud del territorio...
3. Identificar los problemas más relevantes con la participación de la ciudadanía y los sectores implicados.
4. Definir los problemas de salud y las necesidades del territorio: priorización
5. Identificar los agentes claves/referentes
6. Consensuar el “esqueleto” del plan local de salud
7. Formular claramente los objetivos, los indicadores para medir el grado de consecución de los objetivos y el sistema de registro que permite obtener posteriormente estos indicadores.
8. Facilitar y garantizar que sea un proceso participativo e intersectorial (redes de trabajo y la retroalimentación como elementos claves)
9. Incluir la transversalidad en toda la planificación
10. Diseñar una primera validación de las partes implicadas: entidad local/distrito sanitario/delegación/...

El proceso de elaboración de los diferentes PLS ha sido variado en cuanto a su vinculación tanto a la red local como al GM en su estructura y diseño, casi unánime en su aprobación y muy similar en la presentación y ejecución de las actuaciones.

Sin embargo, no ha estado exento de dificultades, sobre todo en materia de la disparidad de intereses de las instituciones implicadas, lo que ha conllevado una tarea importante de mediación, fundamentalmente por parte del/la TALS.

El PLS ha permitido que se coordinen un amplio número de actividades de diverso tipo en el municipio, y que, mediante la estrategia de comunicación contemplada en el propio

Plan, hayan gozado de una visibilidad pública de la que carecía hasta entonces y de la que se han visto beneficiadas. El PLS es:

- Una herramienta básica y clave para garantizar y facilitar el compromiso por parte de la entidad local y todos sus agentes claves.
- La culminación de un trabajo realizado, materializado en un documento, que hace tangible dicho trabajo, y sobre todo, para los grupos de trabajo y sus miembros integrantes. Significa que se ha sacado partido a todo el tiempo y esfuerzo que se le ha dedicado; supone un extra de motivación y de satisfacción.
- Un instrumento facilitador para el seguimiento y evaluación de todos los proyectos, procesos e iniciativas,...que se relacionan en dicho plan.
- Representa una respuesta organizada a las necesidades de la población.
- Facilita la difusión y el conocimiento de la experiencia y la metodología de trabajo, para su efectiva aplicación e implantación en otras entidades locales, salvando siempre las peculiaridades de cada territorio.

En la evaluación se ha detectado la necesidad de tener una formación previa para su diseño y elaboración, además de experiencia, tiempo y disponibilidad.

La transversalidad de la salud en todos los objetivos y actuaciones planteadas en el PLS, genera una visión integral de la salud a todos los niveles y por ello la incorpora en las diferentes agendas municipales. Teniente Alcalde Municipal.

El PLS constituye el eje central del desarrollo de RELAS: “es el pilar sobre el que funciona todo lo demás, si tú tienes un Plan en el que tengas diseñados, objetivos, la previsión, las líneas prioritarias que tú quieres trabajar; eso es la herramienta principal y fundamental”. Grupo Motor del Municipio.

II.7.a. El Plan de acción

Una vez identificados y priorizados los problemas y situaciones de riesgo se construye una respuesta: el Plan de acción, que constituye la parte troncal del PLS, en la que se fundamenta y relacionan las acciones a desarrollar a lo largo del plazo de vigencia del mismo.

Conforme al modelo propuesto, la experiencia adquirida y a partir de la estructura facilitada en la metodología del Proyecto se puede identificar ciertas líneas estratégicas, objetivos, acciones y elementos para elaborar un Plan de forma adecuada.

Lo deseable es tener una estructura previa del Plan, clara y sencilla, que sea homogénea para todos los municipios, lo que facilite y sea de ayuda a la hora de su elaboración.

En sí, las acciones concretas que se han desarrollado no son lo más importante, lo que tiene verdadero valor es el proceso seguido hasta llegar a ellas. Responsable de Área de Ayuntamiento.

42

Se adjunta tabla de resumen general de los contenidos de los PLS en las diferentes localidades (Anexo: 13)

II.7.b. Validación, aprobación y reconocimiento.

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS

Esta línea 5 del proyecto finalizará con la celebración en cada localidad de un **Taller de Validación**:

- » Constará de una presentación de las respuestas seleccionadas a los diferentes sectores y agentes locales implicados; para su debate, validación y puesta en común de los compromisos de los diferentes actores.
- » El objetivo será el de iniciar la cohesión de los diferentes sectores e instituciones, revisar los objetivos y plantear lo que será un lenguaje común en el entramado de la Red.
- » Participarán los componentes de la Red tanto los miembros del GM como aquellos agentes clave en el territorio vinculados a estas tareas y cuyas aportaciones serán, de gran valor para la cohesión de la Red.

La validación y aprobación se ha realizado por diferentes medios y colectivos.

Una vez redactado y presentado a las diferentes redes de trabajo para sugerencias y/o modificaciones, se procede (en la mayoría de los municipios) al trámite de su aprobación en pleno del Ayuntamiento y se realiza la presentación oficial del PLS, a profesionales de los grupos de trabajo y de otros sectores así como de la ciudadanía en general.

El hecho de que este documento sea validado y aprobado por el pleno municipal pone de manifiesto **el compromiso de la corporación ante la ciudadanía**. Su difusión a la ciudadanía por parte de los medios locales u otros instrumentos disponibles avala las acciones a llevar a cabo y manifiestan corresponsabilidad.

Dentro de la estrategia de comunicación del PLS y con el objetivo de difundir su contenido a la ciudadanía y darle visibilidad pública, no se debe olvidar la importancia de los diferentes profesionales que configuran el Grupo Motor, instituciones, entidades, asociaciones y la propia ciudadanía a través de los Equipos de Trabajo y de los profesionales que han participado en el proceso así como la necesidad de un reconocimiento público.

II.7.c. Seguimiento y evaluación

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS

LÍNEA 6: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CONVENIO

Es importante comprender cómo y por qué han funcionado las cosas, identificando claves de éxito aplicables al diseño de la Estrategia. De ahí que en un proyecto de estas características la valoración cualitativa es de gran relevancia.

- » **Seguimiento:** El/ la Alcalde/sa será responsable de las actuaciones del Convenio y contará para ello con la colaboración y el asesoramiento del GM. En función de la organización de las diferentes agendas, el GD apoyará el desarrollo del proceso mediante la conexión con las DPS y personalmente en el territorio, fundamentalmente al comienzo del mismo, como estrategia de refuerzo. Se establecerá, para cada una de las fases del proyecto o puntos críticos del mismo, unos trazadores de seguimiento según los plazos de tiempo establecidos, que permitirán evaluar el desarrollo de las actuaciones.
- » **Informe de Progreso:** aproximadamente en la mitad del plazo anual establecido para el Convenio, en cada Corporación local se realizará un Informe de Progreso en el que se valore las incidencias y oportunidades del mismo a fin de corregir actuaciones e intercambiar experiencias. Tras la elaboración de los 8 Informes de progreso, y de acuerdo con los Ayuntamientos, se valorará el desarrollo de una Jornada con los 8 GM, para intercambiar y transferir conocimiento, aunar criterios y reflexionar en cuanto a la evolución del Proyecto.
- » **Evaluación de resultados:** a la finalización del Convenio, en el plazo de un mes, ambas partes elaborarán un Informe de resultados, que sirva de evaluación individual para el pilotaje y de información general para la Estrategia.

Para la evaluación general del proyecto, a cargo del Grupo director en coordinación con las DPS, se sigue el marco clásico de organización de indicadores, que se concretarán con los siguientes:

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
1. Creación Grupo motor	6. Diagnósticos preliminares de zona	12. Informe del Proyecto
2. Firma del Convenio	7. Valoración de la formación GM	13. Grado de cumplimiento. % de acciones ejecutadas
3. Anexo al Convenio	8. Validación contenidos Convenio	14. Indicadores específicos de los Convenios
4. Disponibilidad de recursos	9. Informe de progreso (6 meses)	15. Valoración global
5. Documento Estrategia RALS	10. Indicadores específicos de cada Convenio	
	11. Informe de validación borrador Proyecto	

44

Puesto que el plazo marcado por el pilotaje no permitía abordar resultados en salud e impacto, el plan se ha centrado en los procesos de coordinación de personas, instituciones y actuaciones, priorizando la consolidación de una metodología de trabajo viable y asumida por todos los participantes, por encima de la obtención de resultados concretos mensurables en términos porcentuales.

Por ello los objetivos y metas establecidos para cada una de dichas áreas y líneas estratégicas lo son más de proceso que de resultado, si tenemos en cuenta la clasificación convencional de los procesos de planificación y evaluación.

Se configura por tanto un amplio conjunto de actividades que serán ejecutadas y evaluadas por los grupos de trabajo constituidos, y supervisadas y evaluadas de manera conjunta por todos los miembros del GM.

Ya que disponemos de información suficiente para poder valorar la tarea realizada, sin necesidad de esperar a la finalización de la vigencia de los PLS para su evaluación concreta, esta etapa se ha desdoblado a su vez, en otras dos:

- **Evaluación cualitativa del proceso** con el que se recoge información relacionada con la metodología seguida y el Plan local elaborado.

Este informe de evaluación se plantea como un análisis donde el elemento central es el propio discurso de los protagonistas de esta iniciativa, realizado con metodología cualitativa, y permite conocer la valoración del trabajo realizado con las opiniones de los diferentes actores.

En la valoración del proceso se han realizado diferentes técnicas:

- Una **técnica de grupo nominal** con los actores centrales de proyecto RELAS, en la que se ha planteado un **análisis DAFO** del modelo general.
 - Reuniones sectoriales con los grupos de trabajo conformados por el PLS, en las que se ha realizado un análisis DAFO Dinámico.
 - Una batería de **entrevistas semiestructuradas**, con agentes clave del proyecto general (muestreo en espiral, que comienza por las personas más implicadas, y continúa por aquellos técnicos, políticos y ciudadanos con participación activa en las actividades de RELAS). El objetivo metodológico ha sido continuar con las entrevistas hasta alcanzar en nivel de saturación teórica.
 - Las entrevistas han sido grabadas y posteriormente transcritas a documento de texto. Para su posterior análisis con un **programa informático (ejemplo Atlas-t)** para investigación cualitativa. Las conclusiones se incorporarán como descriptivos de los elementos identificados en el DAFO.
 - Una serie de **entrevistas grupales** a una muestra representativa de todas las instituciones y organismos presentes en el territorio (agentes claves), que de alguna forma u otra, han participado en el proceso.
 - Diseño de una **Guía de referencia** (Anexo 14) para identificar las personas clave que han participado en la experiencia y ordenar los contenidos básicos de las entrevistas para poder utilizarlos en la evaluación.
- **Valoración del seguimiento y evaluación de los PLS.** Al final de los plazos de vigencia de cada Plan se procederá a su evaluación, en lo que respecta al seguimiento y metodología propuesta en cada uno de ellos.
- Para la evaluación de los PLS, se establecerán, desde la coordinación de RELAS unos criterios de trabajo común y un **modelo de evaluación** de aplicación a todos los PLS, que ayudará a comprobar la consecución de los objetivos de las acciones planificadas.

La **evaluación general del Proyecto**, una vez validado este informe y tras los resultados de los diferentes planes locales que sirvan de base para la futura Estrategia de acción local en salud, correrá a cargo del Servicio de Acción Territorial en Salud Pública en coordinación con las DPS/TALS y conforme al marco clásico de organización de indicadores; se concretará en un procedimiento común con un panel de indicadores RELAS de valoración global.

II.8. PRODUCTOS

A lo largo de los diferentes momentos del pilotaje se han obtenido una serie de productos que han servido para agilizar y facilitar la planificación y diseño de acciones, promover la participación de la ciudadanía y propiciar la visibilidad del proyecto y su continuidad. Diferenciar entre aquellos productos instrumentales de los que representan las acciones concretas del plan.

- **El Plan local de salud:** como herramienta básica y guía del proceso. Vertebrar el PLAS en ejes/instrumentos básicos e inclusión de líneas transversales.
- **Diagnostico Local de Salud:** Documento preliminar diseñado por los servicios del sector salud. Dicho diagnóstico ha supuesto una toma de conciencia de la realidad de la localidad.
- **Creación del Grupo Motor:** De carácter intersectorial, que ha permitido el conocimiento y enriquecimiento mutuo entre todos los diferentes profesionales del municipio.
- **Reunión-Encuentro general** que convoque a la ciudadanía y en la que se le devuelvan los resultados de la evaluación del PLS.
- **Hojas de registro de agentes clave:** instrumento de identificación de los actores más relevantes, fortalezas y debilidades de su implicación.
- **Modelos de diagnóstico preliminar de salud y perfil de salud municipal.**
- **Cuestionarios de agentes clave:** para la construcción de la red local.
- **Cuestionarios de participación** que permiten elaborar un **Directorio de participación** diferenciado por líneas de Intervención (Entidad a la que representan, colectivo hacia el que dirigen sus actividades, mapa de actividades que estaban llevando a cabo y área en la que están interesados en participar)

Es imposible relacionar en este informe el gran número de actuaciones desarrolladas e instrumentos utilizados a lo largo del mismo, sin perder su objetivo de operatividad. Disponemos ya de un avance de **Catálogo de acciones locales de salud**, con el que facilitar el desarrollo de la acción local mediante acciones concretas y disponer de algunos instrumentos de utilidad para el desarrollo del proceso de planificación. Se relacionan algunas de las más significativas:

- **Agenda Trimestral Municipal de la Salud**, que se distribuye en puntos neurálgicos y estratégicos del municipio, para que la Red Local llegue a ser conocida a medio plazo por el conjunto de la ciudadanía.
- Una **Reunión-Encuentro general** con la ciudadanía para devolver los resultados de la evaluación del PLS.
- **Jornada anual de salud pública en el municipio.** Se configura a modo de “asamblea general” de la red local, en la que se presentan los resultados obtenidos de los trabajos realizados durante el año anterior y se presentan los objetivos y actuaciones concretas planificadas para el año siguiente.



- **Mapa de Riesgos para la Seguridad Vial.**
- **Red municipal de rutas para la vida sana**, de carácter participado.
- **Guía de menús saludables y terapéuticos**, con recetas autóctonas.
- **Punto Forma Joven en el Ayuntamiento**, como dispositivo fuera del ámbito educativo.
- **Presentación del Proyecto** a las Instituciones, Entidades, Tejido Asociativo y Ciudadanía en general.
- **Dípticos para cuidadoras/es de personas dependientes**, así como la edición de cartelera que recogen señales de alarma para la salud de las personas cuidadoras y recomendaciones.
- **Programa de apoyo a las familias a cargo de Personas Dependientes** (formación, respiro familiar, ayuda a domicilio...).
- **Estrategia de comunicación** (potenciar la visibilidad del proyecto y apoyo en la ejecución de actividades).
- **Programación anual de espacios radiofónicos** dedicados íntegramente a cuestiones de salud pública y a la red local.
- **Escuela de Salud y Calidad de Vida**, es un instrumento para cubrir la necesidad formativa y de sensibilización.
- **Página web propia del Proyecto.**
- **Red de oficinas de farmacia** como agentes de salud, en la red local.
- **Extensión de las acciones** de salud pública fuera de los circuitos habituales a espacios y colectivos sociales.
- **Tareas de investigación** de la realidad sociosanitaria municipal.
- **Semana Saludable** para la promoción de hábitos saludables.
- **Navidad Saludable**: 5 jornadas para el fomento del ocio, el deporte y la salud.
- **Aula de asma infantil, diabetes, personas cuidadoras,...** (A partir de la Escuela de pacientes de la EASP).
- **Plan de Formación de mediadores juveniles.**
- **Guía de recursos para personas con discapacidad.**
- **Recetario de comidas saludables del mundo.**
- **Guía de recursos de personas inmigrantes.**
- **Programa RESA de acreditación de Restaurantes Saludables**: criterios de acreditación y reglamento.
- **Programa periódico en los medios**, sobre temas de salud pública y promoción de la salud de los ciudadanos.
- **Escuela de salud y calidad de vida.**
- **Distintos talleres formativos**: cuidadoras, sexualidad, resolución de conflictos padres-hijos, resolución de conflictos en las parejas....etc.
- **Plaza de la Salud.**
- **Por un Millón de pasos.**
- **Escuela de abuelos.**
- **“Revista municipal”**, una página mensual.
- **Proyecto “Sobre Ruedas”.**
- **Diseño libreto consejos mínimos saludables** para la infancia y personas mayores.

● ...

El catálogo de acciones será la herramienta que nos permita identificar por áreas y colectivos las diferentes actuaciones realizadas y por ello susceptibles de ser replicadas, en conexión con las personas que las realizaron y que serán accesibles para todas las personas de los equipos locales desde de un entorno *web*.

Será mas adelante, a partir del citado Catálogo, cuando se estudien las características de calidad de las acciones desarrolladas y con ello la calificación de buenas prácticas; aplicando en todo ello criterios de factibilidad, eficiencia e impacto.

Se califica como buen resultado el gran número de personas que se han visto beneficiadas por un amplio conjunto de actividades (charlas, cursos, talleres, exposiciones, jornadas, programas de radio, campañas informativas, proyectos de investigación, edición de materiales, grabación de documentos audiovisuales, entre otras); que han cubierto las necesidades de información y formación en materias tan diversas como la alimentación saludable, la supervisión de los menús escolares y de los recursos residenciales, la seguridad química de las almazaras, la atención a las cuidadoras de personas dependientes, las problemáticas específicas de salud de las mujeres, la lucha contra el tabaco y las adicciones, la prevención de accidentes de tráfico, la atención a enfermedades raras, la salud bucodental, el asma infantil y adulto, el consumo racional, la sexualidad, la salud mental, la atención temprana, entre muchas otras, dirigidas a los principales grupos de población afectados, tales como las mujeres, las personas mayores, los niños, los afectados por patologías específicas como el asma, el alzhéimer, la diabetes, el cáncer o el tabaquismo, así como también aquellos colectivos sociales que con mayor frecuencia quedan fuera de las políticas públicas de salud, como el alumnado de escuelas taller, talleres de empleo y casas de oficios. Reflexión de la evaluación de un Grupo Motor

II.9. Reflexiones finales

En general los **miembros de la red** tienen una valoración positiva de los procedimientos metodológicos adoptados, la importancia de las reuniones, el amplio conjunto de actuaciones planificadas o el elevado nivel de coordinación y consecución de las actividades ejecutadas.

Cabe destacar el elevado nivel de satisfacción con los **objetivos del proyecto**, que pese a las dificultades iniciales que términos como gobernanza o intersectorialidad pudieron generar, se han mostrado viables en el trabajo cotidiano. En otros términos, el mero

hecho de sentarse en torno a la misma mesa para debatir cuestiones habitualmente abordadas desde ópticas distintas, ha generado una información emergente de la mayor utilidad para la planificación conjunta de las actuaciones municipales en materia de salud pública.

Cabe señalar el consenso existente en cuanto a las dificultades y amenazas a un proyecto como RELAS, pues otros de naturaleza similar han sido antes experimentados en el ámbito municipal y han quedado en el camino, una vez retirados los apoyos institucionales que inicialmente les dieron impulso.

Otra de las amenazas identificadas, *“...la adjudicación de intereses políticos a la iniciativa por parte de algunos sectores-agentes...”*, es un factor que deberá ir cambiando con el propio funcionamiento de la red, avanzando en transparencia y credibilidad. No obstante esto es un factor tan subjetivo, y en muchas ocasiones, tan difícil de modificar, que no habría que dedicar excesivos esfuerzos a ello.

Ante la posible *“perdida de consistencia de la red con el paso del tiempo”*, sería conveniente valorar qué elementos pueden influir para que esto no suceda: un buen papel del Grupo Motor, que establezca mecanismos de coordinación estables donde estén integradas todas las instituciones posibles y que cuente como elemento principal con el movimiento asociativo local, será mucho más resistente al paso del tiempo.

La constitución de una estructura formal del tipo Comisión, Mesa o Consejo Municipal de Salud, con un Pleno que acogiera a los agentes o actores implicados, y con una Comisión ejecutiva que fuera la transposición del Grupo Motor, con la incorporación de un interlocutor del Centro de Salud (preferentemente el Director); puede ser el elemento institucional que dé estabilidad y continuidad a la red, lo cual proporcionaría una respuesta a otra de las amenazas señaladas *“la situación del proyecto tras el fin del pilotaje...”*. Esta estructura también contempla la funcionalidad de los grupos específicos de trabajo ya constituidos para el PLS.

“con el Consejo de Salud, yo creo que este tema, vamos a conseguir, por una parte implicar al Centro de Salud y a la Unidad de Gestión Clínica como órgano más potente a nivel participativo y vamos a implicar al Ayuntamiento en nuevas formas de trabajo, a nivel de área y con un enfoque más integral de Bienestar Social y de interrelación con otras concejalías, que también se ha facilitado con RELAS”. Visión desde el Ayuntamiento.

La creación de la Mesa de Salud es uno de los pilares que va a permitir ser un referente de una “manera de hacer permanente”, de forma que todas las actuaciones en promoción de la salud serán fruto del trabajo que se realiza para afianzar este objetivo. Responsable de Área de Ayuntamiento.

El grupo motor debería plantearse afianzar mecanismos efectivos para los procesos de retroalimentación y devolución de resultados e información a los agentes que participen en el sistema. Ello le daría un mayor sentido de pertenencia a la red a muchos de los actores de los distintos grupos de trabajo. Las funciones asumidas desde este momento, han sido y serán: de interlocución, dinamización del grupo, generadores de acciones, búsqueda compartida de recursos,...Se requiere una persona perteneciente al Gobierno Local que lidere y se dedique a la coordinación y dinamización, y sobre todo que lo impulse a nivel político.

Se constata la relativa dependencia que la continuidad de los trabajos ha tenido en la figura del **coordinador/a (TALS)**, pese al intento de trasladar la responsabilidad de la autoorganización al propio GM y a los distintos grupos de trabajo conformados.

Se considera necesario, en consecuencia, estudiar las circunstancias que podrían favorecer la sostenibilidad de este proyecto en ausencia de un técnico con funciones como las del TALS dedicado en exclusiva a apoyarlo y mantener vivos los vínculos tejidos por sus miembros. Además, pese a los beneficios innegables del proceso metodológico seguido, un proyecto ambicioso como éste requiere de recursos humanos y materiales sin los cuales su continuidad y sostenibilidad no puede ser garantizada.

El proyecto se perfila como una **oportunidad de adaptación** a las venideras transformaciones en materia de régimen local y de salud pública, en la medida en que las políticas futuras en ambas materias son plenamente consistentes con los objetivos y la metodología del proyecto RELAS e **identifica la necesidad de una figura que coordine el trabajo entre los diversos miembros de la red**, desconfiando de las posibilidades de funcionamiento autónomo y continuidad de la misma en ausencia de dicha figura.

Pese a los indudables resultados del pilotaje, éste requiere a juicio de la mayoría de sus miembros, de distintos tipos de medidas para garantizar su sostenibilidad. En algunos casos se trata de aspectos organizativos y técnicos, en otros de capital financiero o humano. Reflexión final Grupo Motor.



...Está más vinculado a la existencia de una figura que coordine y mantenga trabajando juntos a los distintos miembros de la red, temiendo los que opinan en este sentido que ante una eventual ausencia de tal figura el proyecto se quede en una experiencia innovadora pero sin futuro. Reflexión final Grupo Motor.

Aunque en líneas generales hay consenso a la hora de valorar positivamente la **metodología** de trabajo que se ha seguido, hay un sentir generalizado de haber dedicado excesivo tiempo a tareas de diseño y planificación y en menor medida en el desarrollo y ejecución de las mismas, lo que ha propiciado la ralentización en los procesos.

En el momento en que nos encontramos, y a partir de los datos que aportan las entrevistas, podemos considerar que hay un acuerdo casi unánime respecto de la participación de otros sectores y de que la propia ciudadanía debería de haber estado más presente en fases anteriores. Además, como un efecto positivo no previsto, es la incorporación *motu proprio* del tejido social y empresarial por incorporarse a la red.

Por otra parte, nos encontramos con opiniones que apuntan hacia la necesidad de incorporar en el Grupo a otros sectores, con el objeto de aumentar y fortalecer las alianzas con otros agentes clave de la localidad.

Los servicios sanitarios, como referentes sanitarios presentaron mucha variabilidad de unos a otros, aunque muestran cierto escepticismo a propósito de las ventajas que para los centros sanitarios puede reportar un proyecto en el que se contemplan a sí mismos como meros proveedores de capital humano.

El Centro de salud y el Hospital (en alguna localidad), es considerado como un elemento clave para la consolidación de la iniciativa RELAS en el municipio, debe plantearse la formalización de las líneas de colaboración.

El PLS ha sido un instrumento útil de planificación y organización en el presente, pues ha recogido tanto la metodología como la materialización de los principios rectores del proyecto y el conjunto de actuaciones planificadas y realizadas, pero en el futuro no se garantiza la continuidad del mismo si no es avalado como instrumento de gobierno.

En suma, la **elaboración del PLS** y su aprobación, en su caso, en el Pleno Municipal ha supuesto un nuevo motor en la activación del proyecto. Por un lado se percibe como instrumento que de alguna manera garantiza la sostenibilidad del proyecto en el tiempo al haberse convertido en un documento de compromiso entre las partes implicadas; así como

propiciar la posibilidad que todos los agentes implicados en salud trabajen de manera conjunta y en la misma dirección. En este sentido, y a fecha del informe, los esfuerzos se están dirigiendo hacia la incorporación de todas las Delegaciones Municipales en el proyecto con el objeto de introducir la salud en todas las políticas municipales.

Conforme iba avanzando el pilotaje en sus diferentes fases, se ha ido percibiendo la rentabilidad del Proyecto sobre todo desde el Gobierno Local, al considerar que esta nueva forma de hacer ha supuesto un salto cualitativo en la gestión política de la salud en el municipio.

Es de opinión generalizada el hecho de considerar que ha pasado poco tiempo para que se haya producido un verdadero cambio cualitativo en la manera de abordar los problemas de salud en el municipio, aunque consideran que este es el camino a recorrer. Partiendo de las redes ya existentes en el municipio y de las acciones que ya se estaban desarrollando de manera conjunta con otros sectores, se está trabajando en la incorporación de otros actores implicados en salud.

En cuanto a otros aspectos se considera necesario contar con fuentes de **financiación** (recursos compartidos) así como la **formación y sensibilización** tanto de los profesionales de los servicios de salud, como de los ciudadanos en Salud Pública, Trabajo en Red y participación comunitaria.

Identificamos también como una reflexión a destacar la necesidad de reforzar la presencia en los **medios de comunicación** locales o comarcales, cuya influencia es importante para llegar a la comunidad en general y a grupos en particular, así como para la propia existencia de la red y en ese sentido la necesaria organización y sistematización de las intervenciones en los medios.

Por último se considera importante **avanzar en la integralidad de las estrategias**, superando los marcos sectoriales de los actuales PLS y consolidando la red a través de la acción participada en la ejecución de los mismos

II.10. Recomendaciones

A tenor de las aportaciones realizadas por los diferentes actores consultados, así como por la propia experiencia que ha supuesto el pilotaje, cabe destacar:

- El hecho de que el nuevo modelo de Salud Pública y la Acción Local vayan de la mano, reforzado por las correspondientes leyes, fomentará aún más esta **nueva forma de trabajo**.
- Se basa en un **compromiso político interinstitucional** de contar en todo momento con un Equipo impulsor que coordine y dinamice el proyecto; una estrategia de coordinación y la flexibilidad suficiente para ir incorporando paulatinamente representantes de otros sectores.

- Se centra en la implicación de la **corresponsabilidad** en las intervenciones en salud pública y la sensibilización de la relevancia e importancia del trabajo en el ámbito local y la salud, con perspectiva de STP.
- **Formar** conjuntamente a todos los actores implicados y ofrecer apoyo continuado en el proceso, así como la conexión para intercambios de experiencias con otros municipios RELAS.
- **El consenso**, al inicio del Proyecto, de aquellos términos que tengan amplia pluralidad de significados (gobernanza, intersectorialidad, participación...), ya que sin él, resulta difícil la actuación coordinada, y sobre todo, el traslado de información a la ciudadanía.
- Reconocimiento del valor y validez de la **información cualitativa** aportada por la ciudadanía para priorizar los problemas de salud en el municipio e implicación paulatina de la población en el proceso de la definición de las necesidades y de búsquedas de soluciones adaptadas.
- Realización del **Informe de Salud “conjunto”** y mapas de riesgos en cada municipio: perfil de salud municipal.
- **Conocimiento de otros programas**. Encajar la propia actividad en objetivos de otros sectores y otros ámbitos, mecanismos de funcionamiento institucional y recursos.
- Introducción del concepto SALUD como **línea transversal** en todas las actuaciones con la ciudadanía y en las políticas.
- Diseñar una estrategia para la **difusión y comunicación** de los productos de un Plan Local de Salud (PLS).
- En lo que respecta a los **servicios de salud**, requiere mayor implicación política por parte del sector salud.
- Integrar en las prescripciones de los **profesionales** sanitarios actividades de promoción de la salud: yoga, senderismo,...
- Necesidad de la búsqueda de fuentes de **financiación**. Se hace necesario potenciar los recursos económicos, humanos y técnicos. Conocer las subvenciones como fuentes de financiación.
- Hacer partícipes del nuevo modelo de salud pública y acción local al **partenariado**, es decir, las empresas privadas fundamentalmente (...hacia el modelo de responsabilidad social corporativa).
- Recurrir a **Fondos** (Internacionales, Europeos, Nacionales...) destinados al desarrollo rural/local, que a través de los Grupos de Desarrollo Rural gestionan y promueven proyectos en el que se puede incorporar la salud como elemento clave.

- **Sinergias** con Medio Ambiente, en aquellos municipios que forman parte de Parques Naturales, Nacionales... están presentes los Planes de Desarrollo Sostenible (PDS), como otra herramienta clave para incorporar la variable salud.
- **Conexión** con Empleo, ya que existen programas de promoción de salud en el medio laboral, diferenciados de los de prevención de riesgos laborales.
- Valorar el concepto **promoción, vigilancia y protección** de la salud por parte de los profesionales de salud, no solo asistencial.
- Buena **repercusión mediática** de las actuaciones, refuerzo positivo de las entidades implicadas de cara a la ciudadanía.
- Elaboración de un **Plan Local de Salud**, que en sus comienzos debería de partir de acciones no demasiadas ambiciosas, lo que aumentaría el éxito en su ejecución, generando entre las partes implicadas actitudes favorables para la consecución del mismo.
- Recordar que el gran valor que ha aportado el Proyecto ha sido el salto cualitativo que se ha dado en la gestión política de la salud, el trabajar de manera **intersectorial** y a través de la creación de una red los problemas que acontecen en el municipio.
- Dedicar más esfuerzos en el logro y **consolidación de la red**, que en el diseño y ejecución de acciones.
- Trabajar **nuevas fórmulas de participación** que posibiliten el acercamiento del Proyecto a la ciudadanía en general y no solo al tejido asociativo.
- Reconocer el trabajo realizado por los Ayuntamientos, por su compromiso con el proyecto y darle protagonismo y reconocimiento a la labor del ayuntamiento, para otros municipios de la provincia.
- Hacer una **evaluación y un seguimiento** más continuo, desde los niveles superiores, con los responsables de salud y con la propia Corporación Local
- **La difusión** externa de resultados así como de la evaluación es primordial (balance de la iniciativa).
- Respecto a la continuidad del Proyecto, necesidad de **contar con un referente Técnico a nivel municipal**.

II.11. Continuación de RELAS

RECORDANDO EL PROYECTO RELAS

LÍNEA 7: VALIDACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Con el conjunto de Informes de evaluación de las 8 experiencias se elaborará un Informe global del Proyecto, que será revisado por el GD y validado en una Jornada coordinada por la EASP, de la que se espera obtener el documento definitivo. Este se entregará a la DG. Salud Pública y Participación para su aprobación y difusión a las DPS, los GM y lógicamente al gobierno local correspondiente.

Este informe constituye la respuesta a la línea 7 del Proyecto, aunque no se ajuste taxativamente a lo dispuesto en el diseño, y recoge mas bien el proceso que se ha seguido, con sus obstáculos y lecciones aprendidas que un documento de evaluación cuantitativa pormenorizado que en estos momentos, como documento, no aportaría mucho para extenderlo a otras localidades.

Sirva la IV Jornada de Salud Pública de Andalucía como punto de encuentro para validar las cuestiones planteadas en este informe y dar curso a su aplicación en el desarrollo local, en tanto en cuanto se define la Estrategia.

LÍNEA 8: PRESENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El GD, a partir del informe del proyecto, de la experiencia adquirida en este periodo de tiempo, y otras actuaciones de marco municipal elaborará el documento de la **Estrategia de Red Local de Acción en Salud**. Una vez aprobado por la DG. de Salud Pública y Participación será presentado en una Jornada coordinada por la EASP, que igualmente se encargará de su publicación y difusión.

En un principio se pensó que este pequeño recorrido de la mano de los gobiernos locales era suficiente para diseñar una Estrategia general extensible a toda Andalucía; pero los hechos nos han demostrado que el comportamiento del modelo propuesto no funciona de la misma manera y con la misma efectividad en Ayuntamientos de mayor dimensión, como se ha visto en Algeciras, que en los pequeños. Además todavía se necesita saber más de su funcionamiento en los grandes núcleos urbanos y de como coordinarse con las entidades locales supramunicipales (Diputaciones), a efectos de materializar la cooperación interinstitucional para la aplicación de economías de escala en el apoyo a los gobiernos locales, cuya competencia es la elaboración, aprobación, implantación y ejecución del **Plan Local de Salud** (Ley 5/2010 de Autonomía Local de Andalucía).

Será en este momento cuando se dispondrá de la información suficiente para concretar la **Estrategia de Red Local de Acción en Salud**, de aplicación en los 771 Ayuntamientos de Andalucía y otras entidades locales; a partir del Perfil de la municipalidad en cada provincia, las buenas prácticas en acción local en salud, un entorno *web* específico de salud local y un Plan de formación de carácter cruzado y con perspectiva multidisciplinar, a desarrollar por los principales organismos docentes de Andalucía y dirigido a profesionales e instituciones.

Nos encontramos ante una etapa claramente crucial en la que nos dirigimos hacia un mundo cada vez más urbanizado, y con ello, hacia la necesidad de admitir las consecuencias que esto pueda tener en la salud, tanto en beneficios como en problemas y riesgos. 7 de abril, Día Mundial de la Salud 2010: Salud Urbana "1.000 ciudades 1.000 vidas. OMS

56

... Entonces ;Creemos un universo nuevo!

Jorge Cuadrelli (Actor. Viento Sur)
Dos Hermanas, noviembre de 2008.
Taller FAMP de Acción local en salud.



Salud Local



ANEXOS



ANEXOS

ANEXO 1: Componentes GD_RELAS

GRUPO DIRECTOR PARA LA RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD	
Rafaela García Ortíz Francisco Pulido Martínez	<i>Ayuntamiento de La Carlota (Córdoba)</i>
Miguel Picó Juliá	<i>SG Salud Pública y Participación</i>
Jesús Peinado Álvarez	<i>SG Salud Pública y Participación</i>
Rafael García Galán	<i>SG Salud Pública y Participación</i>
Manuel Flores Muñoz	<i>Distrito Sanitario Sevilla Norte (Sevilla)</i>
Catalina Abraham París	<i>Distrito Sanitario La Axarquía (Málaga)</i>
Camilo Mayán Buhigas	<i>DPS de Cádiz</i>
Elena Delgado Torralbo	<i>DPS de Sevilla</i>
Juan Carlos Raffo Camarillo	<i>Escuela Andaluza de Salud Pública</i>
Covadonga Monte Vázquez	<i>Coordinadora. SG Salud Pública y Participación</i>

ANEXO 2: RESUMEN DEL PROYECTO PILOTO: “Recordando RELAS—”

Este proyecto nace con la misión de “aprender a hacer” con los diferentes gobiernos locales en el marco de la nueva salud pública. Para ello, se han seleccionado una serie de Ayuntamientos de diferentes características, con el objetivo de poder concretar una Estrategia de acción local, capaz de dar respuesta a los problemas de salud pública de la zona, mediante acciones colectivas de funcionamiento en Red.

Meta: Desarrollar una red local de acción en salud para llevar a cabo objetivos de salud en el ámbito más próximo de la ciudadanía.

Objetivo general: Desarrollar un proyecto piloto que sirva de soporte al diseño de la Estrategia local de acción en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- » Desarrollar un instrumento de gestión (convenio específico), entre Delegaciones Provinciales de Salud y el nivel local.
- » Identificar funciones y necesidades de las Delegaciones Provinciales de Salud, en el marco de planificación de la Estrategia.
- » Concretar un modelo de diagnóstico preliminar y de plan local de salud
- » Identificar iniciativas, oportunidades en el desarrollo del Proyecto.
- » Elaborar un informe de resultados del Proyecto y valorar su transferencia a la Estrategia de Red local de Acción en Salud.

El Proyecto piloto constituye la parte empírica del proceso de definición de una Estrategia de Red local de Acción en Salud para Andalucía, y parte de la selección de 10 Ayuntamientos en los que desarrollar 8 experiencias que representan realidades diversas en el territorio, con las que se pretende extraer aprendizaje para dar respuesta a distintos aspectos organizativos y de gestión de los objetivos de salud en los gobiernos locales. Para ello fueron seleccionados los Municipios de: **Vícar (Almería); Algeciras (Cádiz); Agrupación de Municipios de (Córdoba) La Carlota, San Sebastián de los Ballesteros, La Victoria; Baza (Granada); Aracena (Huelva); Alcalá la Real (Jaén); Mijas (Málaga); Alcalá de Guadaíra (Sevilla)**

Para la puesta en marcha del Proyecto habrá que identificar los **actores implicados**.

El instrumento que da soporte jurídico-normativo al Proyecto es un Convenio entre la DPS y el Ayuntamiento.

El desarrollo de la Red Local de Acción en Salud contará en cada zona con el apoyo y asesoramiento técnico de la DPS en general y Técnico/a de Acción Local en Salud (TALS).

Líneas de desarrollo del Proyecto:

LÍNEA 1: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO EN LOS GOBIERNOS LOCALES

Con la presentación del proyecto a los Gobiernos Locales se inicia la puesta en marcha del proyecto, en este momento **se explican los principios, valores y fundamentos** de éste además de:

- » Para cada presentación, el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación, de forma coordinada con los correspondientes DAP, facilitará un **Informe preliminar de la zona a modo de aproximación diagnóstica** para la presentación y abordaje de los problemas y riesgos de salud más prevalentes.
- » En esta actividad se establecerá la **coordinación con los DAP-CS** tanto respecto a su compromiso con la elaboración y desarrollo del Convenio, como con la tarea de concreción del papel de los servicios de atención primaria en la Estrategia para el desarrollo de la Red local de Acción en Salud
- » En cada localidad, se solicitará la **designación de dos representantes del Gobierno Local del ámbito político y técnico**, para convocarles a un **Plan de formación conjunta** de las personas que van a formar parte **del Grupo Motor inicial (GMI)**, coordinado por cada Ayuntamiento para la implementación del Proyecto.

LÍNEA 2: CREACIÓN DEL GRUPO MOTOR INICIAL

A instancia del gobierno local, para propiciar la Red y su funcionamiento, se constituirá un **Grupo Motor Inicial**, coordinado por el gobierno local correspondiente y responsable de su desarrollo, compuesto básicamente por el gobierno local, el sector salud y aquellas personas

tanto del ámbito institucional como participativo, que designe el Ayuntamiento por su mayor vinculación a los problemas y riesgos sanitarios locales

La **coordinación del grupo le corresponde al Alcalde/sa o técnico en quien delegue**, que designará **una persona que actúe como secretaria/o técnico/a del mismo**, a efectos de garantizar su organización.

El Grupo motor será el **encargado de impulsar la elaboración del Plan Local de Salud, y Addenda del Convenio.**

LÍNEA 3: ELABORACIÓN Y FIRMA DEL CONVENIO

El Convenio es el **instrumento del acuerdo institucional para el desarrollo del proyecto**; en él subyace el compromiso del gobierno local para el ejercicio del liderazgo; la aplicación de procedimientos de consenso, la convergencia interdepartamental en la gestión, la incorporación de sectores implicados, la priorización de las actuaciones a desarrollar y el impulso del funcionamiento en Red. **Los/as protagonistas del evento serán el/la Delegado/a Provincial de Salud y el/ a Alcalde/sa o persona en quien delegue.**

El Convenio tendrá una vigencia anual y sus resultados se evaluarán conforme a criterios de evaluación incluidos en el mismo.

Al Gobierno Local corresponde el papel de ejecución y seguimiento del mismo y la Delegación Provincial de Salud asume la concreción final del documento. Los objetivos del convenio y los compromisos son:

- » Establecer un **canal formal de comunicación, colaboración y acción intersectorial entre la Delegación Provincial de Salud y la Corporación Local.**
- » Crear, a partir de un **Grupo Motor**, una **Red local** para actuar con una planificación, ejecución y evaluación consensuada.
- » Elaborar un **Plan local de salud compartido** con soporte **en red interdepartamental e intersectorial**, estableciendo prioridades y diseñando acciones concretas.
- » Una vez elaborado el análisis de situación y priorizadas las acciones, **se incorporará un Plan de acción como Addenda al Convenio,**
- » **Identificar iniciativas, oportunidades, aspectos de mejora y aprovechamiento de recursos** para que, con una mayor **coordinación**, alcanzar una mayor efectividad.
- » Elaborar un **informe de resultados del Convenio**

Esta es una fase en la que ambas partes valorarán los compromisos a adquirir, los recursos disponibles y los necesarios^{1*}, las personas-instituciones responsables de las acciones, los

1 En lo que respecta a los recursos es importante que, en la fase de negociación se tipifiquen las diferentes fuentes de recursos, captación y procedimientos de financiación, ya que es este uno de los aspectos más relevantes del proyecto piloto, en cuanto a la concreción de la Estrategia general para la RELAS y las diferentes formas de gestión en el nivel local.*

plazos y el grado de ejecución de las mismas. Se aconseja que sea el GM el que elabore la Addenda correspondiente.

Como preámbulo de las acciones a desarrollar en cada localidad, las partes planificarán la difusión del evento como estrategia de promoción, información y comunicación de sus contenidos, mediante un Plan de comunicación.

LÍNEA 4: ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

Debe partir del análisis que aporta la Provincialización del III PAS, del diagnóstico de salud preliminar de la localidad y la información de zona disponible, y elaborarse mediante un trabajo intersectorial e interdepartamental de la corporación. Es una tarea conjunta entre todos los actores públicos y otros actores de la acción social y siempre con la participación de la ciudadanía.

Este Proyecto pretende definir un modelo a partir de las experiencias; a efectos de organización de la información se precisan unos datos mínimos a tener en cuenta en su elaboración y en cualquier caso, desagregados por sexo y analizando las situaciones de desigualdad:

62

1. Datos generales del /los municipio /s.
2. Datos demográficos (evolución de la población, flujos, ...)
3. Datos medioambientales y socioeconómicos (saneamiento, agua, productos químicos, residuos...); actividad industrial, comercio, operadores económicos, empleo, analfabetismo..., análisis de riesgos biológicos, químicos, asociados a nuevas tecnologías, reacciones adversas y exposiciones a diferentes agentes).
4. Estado de salud (hábitos y estilos de vida, morbilidad, mortalidad, discapacidad, cobertura de programas...)
5. Recursos de salud y locales (asistenciales, atención, cogestión, autocontrol, movimiento asociativo, guarderías...)

El objetivo es priorizar los principales problemas de salud, identificar los colectivos diana, identificar los recursos locales y diseñar respuestas y acciones encaminadas a la promoción, vigilancia y protección de la salud, así como a la prevención de enfermedades. Igualmente, la identificación de actores significa el inicio de un entramado en Red que se irá consolidando conforme se avance.

LÍNEA 5: ELABORACIÓN DE UNA RESPUESTA. ANEXO CONVENIO

Este es el nudo de actuación del funcionamiento en red local ya que cobra protagonismo el Gobierno Local, que debe asumir aquí el auténtico liderazgo de la acción y la elección de la respuesta.



Es necesario priorizar las intervenciones a seguir, los compromisos concretos de los diferentes sectores serán recogidos en un anexo al Convenio.

El Proyecto continúa con los siguientes pasos:

- » Establecer las prioridades en función del consenso
- » Diseñar una respuesta en la que se relacione actividades operativas y concretas.
- » Describir la estructura sobre la que se soporta el Proyecto.

A partir de la información disponible, alcanzar mediante técnicas de consenso, las distintas propuestas; haciendo confluir las carteras de los sectores implicados para la integración de las actuaciones. El Gobierno Local comunica a los demás la visión de conjunto y a partir de ahí, crea las condiciones básicas para que cada uno pueda asumir sus responsabilidades en un espacio de trabajo participativo y en red local.

Pero estamos hablando de una Red local de acción en salud y se deberá tener en cuenta la secuencia de ordenación clásica de contenidos en SP: promoción, prevención, protección y vigilancia, así como las principales líneas de trabajo de la SP en la actualidad:

1. El hogar y la familia como centro de la intervención: personas mayores, mujeres, jóvenes e infancia.
2. Seguridad, gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.
3. La reducción de las Desigualdades en salud: socioeconómica, de género, grupos específicos y Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS).
4. Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación equilibrada, tabaquismo,...)
5. Entornos saludables y estrategias sostenibles: lugares de encuentro, ocio, paseo.
6. Elementos de Protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental (identificación, gestión y comunicación de riesgos, biológicos, químicos, asociados a nuevas tecnologías, reacciones adversas y exposiciones a diferentes agentes)

Esta línea 5 del proyecto finalizará con la celebración en la localidad de un **Taller de Validación** del “documento borrador” con los contenidos del anexo al Convenio:

- » Constará de una presentación de las respuestas seleccionadas a los diferentes sectores y agentes locales implicados para su debate, validación y puesta en común de los compromisos de los diferentes actores.
- » El objetivo será el de iniciar la cohesión de los diferentes sectores e instituciones, revisar los objetivos y plantear lo que será un lenguaje común en el entramado de la Red.
- » Participarán los componentes de la Red, tanto los miembros del GM como aquellos agentes clave en el territorio vinculados a estas tareas y, cuyas aportaciones serán de gran valor para la cohesión de la Red.

LÍNEA 6: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CONVENIO

Es importante comprender cómo y por qué han funcionado las cosas, identificando claves de éxito aplicables al diseño de la Estrategia. De ahí que en un proyecto de estas características la valoración cualitativa es de gran relevancia.

- » **Seguimiento:** El/ la Alcalde/sa será responsable de las actuaciones del Convenio y contará para ello con la colaboración y el asesoramiento del GM. En función de la organización de las diferentes agendas, el GD apoyará el desarrollo del proceso mediante la conexión con las DPS y personalmente en el territorio, fundamentalmente al comienzo del mismo, como estrategia de refuerzo. Se establecerá, para cada una de las fases del proyecto o puntos críticos del mismo, unos trazadores de seguimiento según los plazos de tiempo establecidos, que permitirán evaluar el desarrollo de las actuaciones.
- » **Informe de Progreso:** aproximadamente **en la mitad del plazo anual** establecido para el Convenio, **en cada Corporación local se realizará un Informe de Progreso** en el que se valore las incidencias y oportunidades del mismo a fin de corregir actuaciones e intercambiar experiencias. Tras la elaboración de los 8 Informes de progreso y de acuerdo con los Ayuntamientos, se valorará el desarrollo de una Jornada con los 8 GM para intercambiar y transferir conocimiento, aunar criterios y reflexionar en cuanto a la evolución del Proyecto.
- » **Evaluación de resultados:** a la finalización del Convenio, ambas partes en el plazo de un mes elaborarán un **Informe de resultados** que sirva de evaluación individual para el pilotaje y de información general para la Estrategia.

Para la **evaluación general del proyecto**, a cargo del Grupo director, en coordinación con las DPS, se sigue el marco clásico de organización de indicadores, que se concretarán con los siguientes:

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
1. Creación Grupo motor	6. Diagnósticos preliminares de zona	12. Informe del Proyecto
2. Firma del Convenio	7. Valoración de la formación GM	13. Grado de cumplimiento. % de acciones ejecutadas
3. Anexo al Convenio	8. Validación contenidos Convenio	14. Indicadores específicos de los Convenios
4. Disponibilidad de recursos	9. Informe de progreso (6 meses)	15. Valoración global
5. Documento Estrategia RALS	10. Indicadores específicos de cada Convenio	
	11. Informe de validación borrador Proyecto	

LÍNEA 7: VALIDACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Con el conjunto de Informes de evaluación de las 8 experiencias se elaborará un Informe global del Proyecto, que será revisado por el GD y validado en una Jornada coordinada por la EASP, de la que se espera obtener el documento definitivo. Este se entregará a la DG. de Salud Pública y Participación para su aprobación y difusión a las DPS, los GM y lógicamente al Gobierno Local correspondiente.

LÍNEA 8: PRESENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El GD, a partir del informe del proyecto, de la experiencia adquirida en este periodo de tiempo, y otras actuaciones de marco municipal, elaborará el documento de la **Estrategia de Red Local de Acción en Salud**. Una vez aprobado por la DG. de Salud Pública y Participación, será presentado en una Jornada coordinada por la EASP que igualmente se encargará de su publicación y difusión.

ANEXO 3: SELECCIÓN DE LOS/AS TALS

TÉCNICOS/AS DE ACCIÓN LOCAL EN SALUD (TALS) Primer proceso de selección	PROVINCIA
Isidoro Durán Cortés	Huelva
Agustín Gómez Jiménez	Granada
Antonio García Moreno	Sevilla
Blas Ramón Hermoso Rico	Jaén
Marie Nicole Palacio	Córdoba
M. Carmen Sáez de Villareal	Cádiz
Antonia Hidalgo González	Málaga
Antonia Galdeano García	Almería
Selección posterior	
Ana Pilar Galeote Espejo	Almería
Miguel Ángel Cuesta Guerrero	Cádiz
Carolina Zanollla Balbuena	Málaga

65

ANEXO 4: PROPUESTA DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS GOBIERNOS LOCALES

- Distribución del criterio territorial y poblacional:
 - 1 ciudad grande de > 100.000 hab.
 - 2 ciudades medianas – grandes entre 30.000 – 50.000 hab.

- 4 ciudades medianas - pequeñas entre 5.000 y 30.000 hab.
 - 1 Agrupación de municipios para un objetivo común.
- ⊙ Otras características a tener en cuenta para la selección: Rural, mixto (peri urbano), con dispersión interna (varios núcleos de población diseminados), en la costa; con grandes oscilaciones de población según época del año (temporeros, veraneantes...), población inmigrante del 25 – 30%, población > 65 años, en proceso acelerado de urbanización, gran actividad industrial
 - ⊙ Características relacionadas con experiencias previas, elaboración de currículo municipal, etc.: Tener en cuenta que el Gobierno Local tenga “algún recorrido” relacionado con este tipo de actuaciones, disponga de alguna experiencia previa de trabajo en salud, o con experiencia en un convenio institucional similar, con un alto porcentaje de proyectos subvencionados, con experiencia de coordinación con planes de municipios limítrofes, con experiencia en proyectos de lucha contra la desigualdad económica y social (proyectos en zonas con necesidades de transformación social, ZNTS), con experiencia en la creación y funcionamiento en mesas intersectoriales para problemas específicos...



ANEXO 5: PROGRAMA DE FORMACIÓN PROYECTO RELAS. EASP

Plan de FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN RED LOCAL. Granada, 15 a 19 de septiembre de 2008

Dirigido a

Componentes de los grupos motor del proyecto RELAS.

- 8 técnicos de acción local.
- 8 técnicos de las delegaciones provinciales.
- 8 técnicos de DSAP
- 18 técnicos / concejales de los Gobiernos locales (GG.LL): 2 por ayuntamiento.

OBJETIVOS

- A. Dar respuesta a la estrategia de formación conjunta contemplada en el proyecto.
- B. Conocer y debatir el Proyecto de pilotaje de Red Local (RELAS).
- C. Plantear los elementos necesarios para la puesta en marcha del proyecto RELAS.
- D. Iniciar el proceso de cohesión del grupo motor en cada una de las localidades designadas.
- E. Preparar el trabajo para la conformación de las redes locales



Lugar de Celebración

Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja

Coordinación Docente

- Coordinación General: **Covadonga Monte Vázquez**. Coordinadora del Proyecto Red Local. **Rafael García Galán**. Asesor Técnico. Secretaria General de Salud Pública y Participación
- Coordinación Técnica EASP: **Maite Cruz Piqueras**

Secretaría

Cristina Pavón. EASP

1 Lunes, 15 de septiembre

Docentes

Cristina Torró García – Morato, Juan Alfonso Medina, Miguel Picó Julia, Covadonga Monte Vázquez

Distribución Horaria y Contenidos

- 10:00 **Presentación del Taller: Covadonga Monte Vázquez.**
- 10:30 **Hacia una Reforma de la Salud Pública. Un nuevo modelo**
Metodología: Exposición y debate.
Docente: Cristina Torró García – Morato.
Subdirectora de Promoción de la Salud y Participación
Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.
- 11:30 Descanso.
- 12:00 **La nueva municipalidad**
Docente: Juan Alfonso Medina. Jefe de Servicio de Cooperación Económica.
D.G. Administración Local. Consejería de Gobernación
- 13:15 **El III PAS y la Provincialización.**
Metodología: Exposición y debate.
Docente: Miguel Picó Julia.
- 14:00 Almuerzo
- 16:00 **Proyecto RELAS**
Metodología: Exposición y debate.
Docente: Covadonga Monte Vázquez
- 17:30 Fin de jornada

2 Martes, 16 de septiembre de 2008

67

DOCENTES

José Antonio Conejo, Jesús Peinado Álvarez, María Tarancón Estrada, José María Mayoral Cortés, Juan Carlos Raffo Camarillo, Antonio Bonilla Rodríguez, Sonia Bermúdez López, Teresa Muela Tudela, Rafael Muriel Fernández, Antonio Sagués Amado, Manuel Rodríguez Rodríguez, Rafael García Galán, Cristina Torro García Morato

DISTRIBUCIÓN HORARIA Y CONTENIDOS

09:00 **Protección y Vigilancia de la Salud.**

Metodología: Mesa Redonda y debate.

Moderación: José Antonio Conejo.

Intervienen: José María Mayoral.

María Tarancón Estrada

Jesús Peinado Álvarez

10:30 Descanso

11:00 **Visión municipal de la salud pública**

Metodología: Mesa Redonda y debate.

Moderación: Juan Carlos Raffo Camarillo

Intervienen: Antonio Bonilla Rodríguez

Sonia Bermúdez

Teresa Muela Tudela

12:30 **Acciones de protección, promoción y prevención en las 8 localidades.**

Metodología: Reunión de grupos.

Dinamizador: Rafael García Galán.

Moderadores: TAS

14:30 Almuerzo.

16:00 **Promoción, Prevención, Participación en salud y Atención Socio sanitaria.**

Metodología: Mesa Redonda y debate.

Moderación: Cristina Torro García - Morato.

Intervienen: Rafael Muriel Fernández.

Antonio Sagués Amado

Manuel Rodríguez Rodríguez.

18:30 Fin de jornada

3 Miércoles, 17 de septiembre

DOCENTES

Rafael Muriel Fernández, Rafael García Galán, Manuel Flores Muñoz



Distribución Horaria y Contenidos

- 09:00 **Análisis del territorio a través de los actores**
Metodología: Exposición y debate.
Docente: Rafael Muriel Fernández.
Rafael García Galán.
Manuel Flores Muñoz
- 10:30 Descanso.
- 11:00 **Estrategias transversales a tener en cuenta en la acción local: Intersectorialidad; Cohesión social; Participación; Integralidad.**
- 13:00 **Concreción en el territorio. Instrumentos para la acción.**
- 14:00 Descanso.
- 16:00 **Condiciones mínimas para la elaboración de un Plan local de salud.**
Metodología: Exposición y debate
Docente: Rafael Muriel Fernández
Rafael García Galán.
- 17:00 **¿Qué tengo? ¿Qué falta? ¿Qué posibilidades tengo para un Plan local de salud?**
Metodología: Reunión por sectores: GG.LL; TAL/DP; SAS.
Dinamizador: Rafael García Galán.
Manuel Flores Muñoz
- 18:30 Fin de la jornada.

4 Jueves, 18 de septiembre de 2008

Docentes

Luis Andrés López Fernández. EASP, Jeronimo Barranco. EASP, Maite Cruz Piqueras. EASP, Manuel Flores Muñoz

Distribución Horaria y Contenidos

- 9:00 **El trabajo en red. Experiencias de otras redes**
Docente: Luis Andrés López
- 10:00 Descanso
- 10:30 **Técnicas grupales, de consenso, resolución de conflictos.**
Docente: Jerónimo Barranco
- 14:00 Descanso.
- 16:00 **Aproximación a una Hoja de ruta por localidad.**
Metodología: Reunión de grupos.
Dinamizador: Manuel Flores Muñoz.
Moderadores: TAS



18:00 Fin de la jornada

5 Viernes, 19 de septiembre de 2008

Docentes

Maite Cruz Piqueras, Covadonga Monte Vázquez, Jefes de Servicio de Salud. Delegaciones Provinciales

Distribución Horaria y Contenidos

09:00 **Puesta en común de las hojas de ruta por localidad.**

Metodología: Mesa Redonda.

Modera: Maite Cruz Piqueras

11:00 Descanso.

11:30 **Dudas, aclaraciones al proyecto piloto de red local**

Metodología: Plenario.

Modera: Maite Cruz Piqueras

Covadonga Monte Vázquez

12:30 Evaluación del taller.

13:00 **Clausura.**

EASP/ Delegada Provincial de salud de Salud de Granada



ANEXO 6: PROPUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

Formación para el trabajo en red local.

Actores e instrumentos en Red Local.

Análisis del territorio a través de los actores

ACTORES	OBSTÁCULOS	OPORTUNIDADES	MEDIACIÓN
Sectores Públicos			
Gobiernos Locales			
Delegaciones Provinciales De Salud-Tals			
Servicios De Salud			
Ong's-Ciudadanía			
Vecinos-Ciudadanía			
Sector Privado			
Políticos			



ANEXO 7: FICHAS DE CLASIFICACIÓN-IDENTIFICACIÓN DE AGENTES CLAVE EN EL PROCESO

NECESIDAD: _____		OBJETIVO GENERAL: _____	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:			
□ _____			

CONTENIDOS			
Actividades Programas Actuaciones Estrategias	ASPECTOS TÉCNICOS		
	EQUIPO DE TRABAJO		
	ACTORES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
TEMPORALIZACIÓN	RECURSOS		
	DISPONIBLES	NECESARIOS	



ANEXO 8: CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR ACTORES Y ACTIVIDADES QUE REALIZAN.

Participación en la red local de acción en salud “relas”

1.- **Entidad** (Datos de contacto de la Institución, Asociación, ONG,..., a la que representa).

- Entidad:
- Persona de contacto:
- Correo Electrónico:
- Tlfn:

2.- **Población Diana** (Colectivo a quien van dirigidas fundamentalmente las actividades que desarrollan: jóvenes, personas mayores, enfermos, grupos de riesgo,...)

3.- **Actividades** (Resumen de las actividades cotidianas realizadas en **Prevención** de la enfermedad y **Promoción** de la salud)

4.- **¿Realizan memoria anual a la que se pueda acceder?**

- SI
- NO

5.- **¿En qué Áreas del Proyecto RELAS estarías interesado en participar?**

- Jóvenes
- Género
- Dependencia
- Entorno y Estilos de Vida
- Desigualdades

(Para cualquier duda o información adicional póngase en contacto con _____)



ANEXO 9: PAUTAS BÁSICAS PARA LA COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA ACCIÓN LOCAL

- » Los medios de comunicación locales también son **agentes clave** en la comunicación de la salud pública en el nivel más cercano a la ciudadanía.
- » **El objetivo es** mejorar la formación del personal de salud a nivel local, para facilitar el acercamiento a los medios de comunicación local y comarcal y, poder convertir en “noticiales” los logros de la actividad cotidiana de la salud pública.
- » En comunicación también existen dos aspectos a considerar: el trabajo en red, siempre bajo el liderazgo municipal, y la constancia.
- » *Identificar los distintos canales de comunicación, los referentes/ agentes clave de la misma, los instrumentos y los distintos tiempos de la comunicación. El tejido asociativo representa una importante aportación en la comunicación de salud pública*
- » **RELAS** es un Proyecto idóneo para empezar a trabajar de una forma estructurada las estrategias de comunicación, con los problemas locales en diferentes fases:
 1. Establecer un circuito de comunicación local en salud pública de las instituciones implicadas, de Ayuntamientos y Delegaciones Provinciales.
 2. Conocer cómo son los flujos de la información y los recursos para la comunicación en este ámbito.
 3. Informar desde el nivel local de las iniciativas que se emprenden con RELAS en cada uno de los municipios, por ejemplo: Firma y contenido de los convenios (qué, cómo, quién...); Presentación del Plan local de salud (lo que se va a hacer); Difusión de eventos; Acciones de impacto; Eventos generales del proyecto (en colaboración con otros técnicos que trabajan ya en el nivel local, los propios Distritos de Atención Primaria, etc.); Eventos generales de salud pública (Ley de Salud Pública de Andalucía, el IV Plan Andaluz de Salud, la difusión de los resultados de RELAS...)
- » Para la **difusión de la actividad de la red** en cada municipio, será necesario:
 - Trabajar con la información anticipada
 - No perder la importancia de la información por el sesgo de lo cotidiano
 - Elaborar propuestas, dejando la actuación en el protagonismo local de quien controla los medios.
 - Realizar el seguimiento del impacto informativo de las actividades no solo a nivel cuantitativo, sino para conocer cuáles son los hitos que más interés suscitan a nivel local.

Tipos de medios, eventos e instrumentos para la comunicación en el nivel local:

MEDIOS DE COMUNICACIÓN: Prensa, radio y televisión (medios convencionales), Medios especializados de Sociedades Científicas, Medios especializados de Asociaciones de Ayuda Mutua, Medios de otras instituciones público-privadas.

ACTOS PÚBLICOS CARÁCTER CIENTÍFICO: Jornadas, Seminarios, Congresos de carácter autonómico, nacional o internacional, Conferencias, Ponencias, Encuentros.

ACTOS PÚBLICOS DIRIGIDOS A POBLACIÓN GENERAL: Hitos: Día Mundial, Semanas, Balances, Eventos relacionados, Actos realizados en ámbito educativo, Actos realizados en ámbito laboral, Actos realizados por organizaciones agrupables en grupos por edad.

OTROS: Rueda de prensa, Visitas organizadas, Entrevistas a demanda, Argumentario.

Este es un ejemplo de las muchas posibilidades que ofrece la comunicación en el ámbito local, provincial y autonómico. No se trata de que se tengan que abordar todos, sino que sirva de botón de muestra de los instrumentos, herramientas y soportes que pueden desarrollarse.



ANEXO 10: MODELO DE DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

ORIENTACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE SITUACIÓN MUNICIPAL DE SALUD, EN EL PROYECTO RELAS

ÁREA DE INFORMACIÓN	INDICADORES	FUENTES	DOC. INFORMES EXISTENTES
INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> → PIRÁMIDE POBLACIÓN → TASA NATALIDAD → TASA FECUNDIDAD → RELACIÓN DEPENDENCIA → % MAYORES 65 AÑOS → TASA SOBREENVEJEC. → TASA INMIGRACIÓN → TASA PARO → TASA ANALFABETISMO 	<ul style="list-style-type: none"> → PADRÓN MUNICIPAL 	<ul style="list-style-type: none"> → INFORME EPIDEM. POR MUNICIPIO → INFORME SITUACIÓN PLAN PALIATIVOS
RIESGOS PARA LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> → RIESGOS AMB. Y ALIM. → ALTAS TEMPERATURAS → RIESGOS ESPECÍFICOS MUNICIPIO: PLAGUIC., COND. HIGIÉNIC., ALERGENOS, CONTAM., LEGIONELA... 	<ul style="list-style-type: none"> → INDIC. S. AMB Y ALIM. → PLAN PREVENC. Tª → EDO → ESTUDIOS ESPECÍFICOS 	<ul style="list-style-type: none"> → DAP → PLAN CALOR → DPS
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> → CONSUMO TABACO → CONSUMO ALCOHOL → ACTIVIDAD FÍSICA → OBESIDAD → DROGODEPENDENCIAS → ETS 	<ul style="list-style-type: none"> → ENCUESTA SALUD → EDO, SIMAN, CMBD → REG. METADONA 	<ul style="list-style-type: none"> → INF. VIGIL CÁNCER → INF. ETS → DAP
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> → EDO RESEÑABLES MUNICIPIO → INCIDENCIA CÁNCER PROV. → CRIBADO MAMA → PREVALENCIA DIABETES → PREVALENCIA ATENDIDA EPOC... → EVOLUCIÓN % ALTAS IAM → EVOLUC % ALTAS IC → EVOLUC. % ALTAS EVC → EVOLUC. TASA IVES → N° Y TIPO ACC. TRAFIC. CASCO URBANO → VIOLENCIA GÉNERO Y FAMILIAR 	<ul style="list-style-type: none"> → EDO → RGTR. CÁNCER → RGTR. CRIBADO MAMA → DIRAYA → CMBDA → RGTR. IVE → DG. TRÁFICO → PARTES VIOLENCIA 	<ul style="list-style-type: none"> → INF. EPIDEM. MUNICIPIOS → INF. EDO Y ALERTAS → INF. VIG. CÁNCER → INF. VIGI. DIABETES → INF. VIG. CARDIOVASC. → INF. ACC. TRÁFICO URB.
MORTALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> → EVOLUC. TASA MORTALIDAD, → MORT. PREMATURA (APVP) 	<ul style="list-style-type: none"> → RGTR. MORTALIDAD → IEA 	<ul style="list-style-type: none"> → AIMA → INF. EPIDEM. MUNICIP.

ESTRUCTURA DEL INFORME:

- ANAL. DE CADA ÁREA DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LOS INDICADORES.
- PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD Y RECOMENDACIONES. PRIORIZACIÓN DE 5 – 10. PROBLEMAS PARA INTERVENIR EN EL MUNICIPIO.
- ANEXOS: DESCRIPCIÓN E INDICADORES DE REFERENCIA.

ANEXO 11: CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y AGENTES CLAVE

RED DE ACCIÓN LOCAL EN SALUD. Materiales de Trabajo (MT) MT1a. Cuestionario de identificación de problemas de salud

INFORMANTE:

MIEMBRO DE LA RED: Institución, organización, ciudadana-o / Organismo-Departamento-Actividad

FECHA (DD/MM/AA) N° DE CUESTIONARIO/PROBLEMA:

Este cuestionario tiene como objetivo identificar los principales problemas locales de salud de Alcalá la Real a través de su descripción y justificación. Se pretende generar una relación lo más amplia posible de problemas locales de salud y de metas y estrategias asociadas a los mismos, aun cuando en una fase posterior se procederá a la priorización tanto de los problemas concretos a abordar, como de las metas generales a establecer y las estrategias específicas a seguir. En el cuestionario encontrará tanto preguntas "cerradas", en las que habrá de optarse por una o varias opciones precodificadas de respuesta; como abiertas, en las que el/la informante deberá proporcionar una respuesta libre (texto).

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS LOCALES DE SALUD

76

A1.- Por favor, describa (2) brevemente el problema local de salud (1) identificado, y las principales razones que han justificado su identificación y selección.

A2.- ¿A qué ámbito de competencias pertenece el problema identificado? (Multirrespuesta)

- Municipal
- Provincial.....
- Autonómico (Salud).....
- Autonómico (Otras Consejerías)
¿Cuales?.....

A3.- ¿A qué población afecta principalmente el problema?

A3a. Sexo

- Hombres.....
- Mujeres
- Ambos



A3b. Edad (Multirrespuesta)

- De 0 a 14.....
- De 15 a 18.....
- De 19 a 34.....
- De 35 a 49.....
- De 50 a 64.....
- De 65 o más años.....
- Varios grupos poblacionales
- Toda la población

A3c. Grupos vulnerables y situaciones de vulnerabilidad que agravan el problema de salud (Multirrespuesta)

- Dependencia.....
- Discapacidad.....
- Exclusión social.....
- Género
- Infancia.....
- Inmigración
- Mayores.....
- Minorías
- Orientación sexual
- Enfermedades crónicas.....
- Otros ¿Cuáles?

A3d. Características singulares de la población a la que va dirigida la acción

A4.- ¿En qué área de Salud Pública se enmarca este problema?

- A4.a. De protección de la salud.....
- A4.b. De promoción de la salud
- A4.c. De prevención de la enfermedad.....
- A4.d. De vigilancia de la salud

A5.- ¿De qué recursos se dispone y cuáles se necesitan para llevar a la práctica esta acción? (Utilice tantos cuestionarios como le resulte necesario)

A5.a. Humanos

- Existentes
- Necesarios

A5.b. Materiales

- Existentes
- Necesarios

A5.c. Financieros.

- Existentes
- Necesarios

A5.d. Otros

- Existentes
- Necesarios



A6. ¿Cuáles son las principales fuentes de información para esta acción?

Nombre de la fuente	Titular/responsable	Web o EMAIL

A7. ¿Y cuáles los informantes clave? (Utilizar varios cuestionarios si es necesario)

- A7a_1. Nombre.....
- A7a_2. Cargo/puesto/función
- A7a_3. Dirección postal
- A7a_4. Teléfonos.....
- A7a_5. EMAIL

**A8. ¿Existen en el municipio otras acciones/programas/proyectos convergentes?
En caso afirmativo, ¿cuáles?**

- A8a_1
- A8a_2
- A8a_3



ANEXO 12: COMPONENTES DEL GRUPO MOTOR Y LA RED

MUNICIPIO DE ALCALÁ LA REAL. (JAÉN)

GRUPO MOTOR DE ALCALÁ LA REAL

NOMBRE	PUESTO/CARGO	ENTIDAD/ORGANISMO
María Villegas	Concejala de servicios sociales y mayores	Ayuntamiento de Alcalá la Real
Cristina Pérez	Concejala de salud y consumo	Ayuntamiento de Alcalá la Real
Dionisio Jiménez	Coordinador de servicios sociales	Ayuntamiento de Alcalá la Real
Miguel Ángel Bueno	Epidemiólogo	DSAP Jaén Sur
M ^a Ángeles Viedma	Jefa de la sección de programas	Delegación Provincial de Salud
Blas Hermoso	Técnico de acción local, coordinador RELAS	Delegación Provincial de Salud

79

RED LOCAL DE ALCALÁ LA REAL

Compuesta por cinco comisiones, cada una de ellas con una serie de miembros estables, a su vez responsables de la coordinación con la población y el tejido asociativo existente en el municipio en torno a las áreas de actuación de cada comisión.

1. Comisión municipal alimentación saludable y ejercicio físico

MIEMBROS ESTABLES

Cristina Pérez Sánchez (Concejal-Ayuntamiento).
Custodio López Gallardo, Técnico de deportes (Ayuntamiento).
Miguel Ángel Bueno de la Rosa, Epidemiólogo (Distrito Sanitario).
Sebastián López, Trabajador social (Distrito Sanitario).
M^a Ángeles Viedma, Jefa sección de programas (Delegación Provincial de Salud).
Blas Hermoso; Tals-Coordinador RELAS (Delegación Provincial Salud)

2. Comisión municipal de adicciones y sexualidad

MIEMBROS ESTABLES

María Villegas Chica (Concejala-Ayuntamiento).
Rosa Jiménez Quero, Equipo de tratamiento familiar (ETF/Ayuntamiento).
M^a José Gálvez Toro, ATS-DUE (Centro de Salud).
M^a Dolores Martín Peso (PITA/Distrito Sanitario).
Jesús Serrano, Técnico de educación para la salud y participación ciudadana (Distrito Sanitario).
M^a Ángeles Viedma; Sección de programas (Delegación Provincial de Salud).
Blas Hermoso, Coordinador RELAS (Delegación Provincial de Salud).

3. Comisión municipal de dependencia, mayores, atención temprana y promoción de la salud mental

MIEMBROS ESTABLES DE LA COMISIÓN

Cristina Pérez Sánchez (Concejala-Ayuntamiento).
María Villegas Chica (Concejala-Ayuntamiento).
Dionisio Jiménez Musso. Coordinador servicios sociales (Ayuntamiento).
Elisa Sampelayo, directora del CAIT, Servicios sociales (Ayuntamiento).
Inmaculada Romero, directora de cuidados de enfermería (DAP).
M^a José Nieto, ATS-DUE (Centro de Salud).
Blas Hermoso, Coordinador RELAS. (DPS).



4. Comisión municipal de seguridad química, sostenibilidad medioambiental, trazabilidad y etiquetado

MIEMBROS ESTABLES DE LA COMISIÓN

Cristina Pérez Sánchez, (Concejala- Ayuntamiento)
Luis Pedrajas, Técnico de medio ambiente (Ayuntamiento).
Manolo Cobo, Técnico salud ambiental A4 (DSAP Jaén Sur).
Rafael Rubio, Jefe de la sección de salud ambiental (DPS).
Blas Hermoso, Coordinador RELAS (DPS).

5. Comisión municipal de prevención de accidentes de tráfico

MIEMBROS ESTABLES DE LA COMISIÓN

Cristina Pérez Sánchez, Concejala de salud y consumo (Ayto. de Alcalá la Real).
María Villegas Chica, Concejala de servicios sociales y mayores (Ayto. de Alcalá la Real).
Dionisio Jiménez Musso, Coordinador general de servicios sociales (Ayto. de Alcalá la Real).
Valeriano Muñoz Pérez, Policía local, responsable municipal de educación vial (Ayto de Alcalá la Real).
Custodio López Gallardo, Técnico municipal de Deportes (Ayuntamiento de Alcalá la Real).
Diego Casado Moyano, Responsable del puesto de la Guardia Civil.



Agustín Callejas Herrera, Director del Centro de Salud de Alcalá la Real
(pendiente incorporación del nuevo director del Centro de Salud).
Soledad Mejías González, Administrativa del Distrito Sanitario Jaén Sur.
Florencio López Aguilar, Representante de las autoescuelas del municipio.
Blas Hermoso, TALS. Coordinador RELAS.

MUNICIPIO DE BAZA. (GRANADA)

GRUPO MOTOR DEL AYUNTAMIENTO DE BAZA

NOMBRE	PUESTO/CARGO	ENTIDAD/ORGANISMO
María Dolores Martínez Martínez	Concejala de Igualdad y Bienestar Social	Ayuntamiento Baza
María Dolores Fernández Burgos	Concejala de Presidencia Comunicación y Participación Ciudadana	Ayuntamiento Baza
María Jesús García Sánchez	Coordinadora Servicios Sociales	Ayuntamiento Baza
Pedro Jabalera Cruz	Técnico Área Urbanismo	Ayuntamiento Baza
María Gutiérrez Gámez	Veterinaria	Distrito Nordeste Baza
Josefa López Morillas	Trabajadora Social	Hospital de Baza
Juan Manuel García González	Director Atención Ciudadanía	Hospital de Baza
Mónica Martín Agudo	Asesora Técnica Educación Salud	Delegación Salud Granada
Agustín Gómez Jiménez	Tco. Acción Local Salud (TALS)	Delegación Salud Granada

81

RED LOCAL BAZA

Línea de Trabajo de Mayores

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Antonia	Agudo González	Técnica Igualdad CMIM Baza
José	Sánchez García	Asociación Proyecto Sierra de Baza
Josefa	López Morillas	Trabajadora Social Hospital Baza
Juan Manuel	García González	Director At. Ciudadanía Hospital Baza

Juan	Vico Molina	Presidente Centro Día
Julián	Martínez Román	Presidente Asociación Mayores del Ángel
Manuel	Lizarte	Asociación Barrio Santiago
María Dolores	García Torrecillas	Jefa estudios CEPE María de Luna
María Dolores	Suárez Moreno	Enfermera Comunitaria de Enlace Centro de Salud Baza
María Dolores	Martínez Ferrer	Asociación Barrio Santiago
Maribel	Peláez Peña	Trabajadora Social Servicios Sociales Comunitarios Baza
Salvador	Sotomayor Martín	Presidente Asociación mayores Santiago
Soledad	Alcalde Martínez	Trabajadora Social Servicios Sociales Comunitarios Baza

Línea de trabajo de jóvenes

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Ana	Guirado Ramón	Coordinadora Centro Drogodependencias
Ana	Pérez Manzano	Trabajadora Social Centro Salud Baza
Dolores	Muñoz Muñoz	IES Jose de Mora
Dolores María	Martínez	Trabajadora Social Equipo Tratamiento Familiar Ayto. Baza
Eugenia	Moreno	Concejala Juventud. Ayto. Baza
Isaac	Villalba Delgado	Presidente AMPA IES “José de Mora”
Juanma	Jiménez Martínez	IES Pedro Jiménez Montoya
Luis	Molina Piernas	IES Jose de Mora
M ^a Ángeles	Badrena Pacheco	AMPA CEP La Presentación
M ^a del Mar	Vílchez Torices	IES Jose de Mora
Manuel	Zafra Pérez	Monitor Casa Juventud Ayto. Baza
María José	Mateos	Trabajadora Social Plan Integral Ayuntamiento Baza
Modesto	Soriano	IES Pedro Jiménez Montoya
José	Vico	Programa Ciudades ante las drogas Ayto Baza
Ramón	Quirante Cañada	Tesorero AMPA Bess “Alcrebite”
Ricardo	Rosas Romera	IES Jose de Mora
Rubén	Reche García	IES Jiménez Montoya
Teresa	Rodríguez Cano	Plan de Desarrollo Gitano Baza
Verónica	Martínez Moral	AMPA CEP La Presentación
Yolanda	Fernández	Concejala Cultura y Educación. Ayto. Baza

Línea de Trabajo Infancia

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Ángeles	Mirón Bastidas	AMPA CEP San José de Calasanz
Antonio Javier	Ramón Merlos	Trabajador Social Servicios Sociales Comunitarios Ayto. Baza
Araceli	Maestra López	Representante madres/padres Centro de Atención Infantil Temprana
Cecilio	Maestra García	Maestro Centro Día Infantil Ayuntamiento Baza
Diego	Alonso Gallardo	Jefe Estudios CEIP Jabalcón
Eduardo	Lozano Rojo	Gerente Asociación Jabalcón
Elena	Cáliz Lafuente	Educadora Social Servicios Sociales Comunitarios Ayto. Baza
Elvira	Maestra Samaniego	Maestra Plan Integral Cuevas Ayuntamiento de Baza
Encarnación	Fernández Serrano	Directora CEIP San José de Calasanz
Francisco Manuel	García Viedma	Profesor Educación Física. CEP Baza
Gervasio	Guiard Aynat	Médico Equipo Orientación Educativa
José Fernando	Ruiz García	Director CEIP Francisco Velasco
M. Carmen	Castellano Sánchez	AMPA San José de Calasanz
M. Dolores	Suárez Moreno	Enfermera Centro de Salud Baza
M. Dolores	Suárez Cano	Pediatra Centro de Salud Baza
M. Dolores	Valdivieso Ruiz	Directora Colegio Primaria Presentación
M. Rosa	Fernández Mestre	
María Cosme	Puertas Gómez	Educadora Social Equipo Tratamiento Familiar
Mariana	González Fernández	Representante AMPA colegio "Presentación"
Montserrat	Rodríguez Navarro	Directora Escuela Infantil Santo Ángel
Nuria	Beltrán Martínez	AMPA Dama de Baza
Rafael	Montero Tordera	Maestro CIP Ciudad Baza
Yolanda	Fernández	Concejala Cultura y Educación. Ayto. Baza
Yolanda	Sánchez Martínez	Trabajadora Social Equipo Salud Mental Distrito Sanitario Granada Nordeste

Línea de Trabajo Mujer

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Ana	Tenorio Delgado	Auxiliar Ayuda a Domicilio
Belén	Morales Castro	Psicóloga Plan Integral Ayuntamiento Baza

Juan Manuel	García González	Director Atención Ciudadanía Hospital Baza
Juana	Maestra García	Centro Municipal Información Mujer Ayuntamiento Baza
Juana M.	Navas Pleguezuelos	Directora Centro Profesorado Baza
M ^a . Isicia	Pérez Martínez	Centro Municipal Información Mujer Ayuntamiento Baza
M ^a . Luisa	Ortega Requena	Presidenta Asociación de Mujeres AMUDIMA
M ^a Luna	Martínez García	CEP Baza
María José	Mochón Ortega	Asociación de Mujeres Amudima
Pedro	Molina Burgos	Matrona CS Baza
M ^a Trinidad	López Salmerón	Atención Ciudadanía Hospital Baza

Línea de Trabajo Riesgo de Exclusión Social (ZNTS)

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Alfredo	Alles Landa	Gerente Emuviba
Antonia	Sanchez Perez	Trabajadora Social Ayuntamiento Baza
Belén	Morales	Psicóloga Plan Integral
Bienvenido	Egea Jaén	Director Colegio Divino Maestro
Eugenia	Moreno	Asociación 4 caminos
Fernando	Ruiz García	Director Colegio Fco.Velasco
Juan Antonio	Pérez Marin	Asociación Avangel
Luisa	Ortega Requena	Presidenta Asoc. Amudima
Margot	González Ruiz	Centro Día Infancia Ayuntamiento Baza
María José	Mateos	Plan Integral Las cuevas Ayuntamiento Baza
M ^a . Carmen	Franco Sánchez	Enfermera Comunitaria de Enlace Consultorio Las Cuevas Baza
José	Vico Arias	Técnico Programa Ciudades sin drogas Ayuntamiento Baza
Purificación	Corbalán Vacas	Presidenta Asociación AL GHABA
Teresa	Rodríguez Caño	Caritas y Plan de Desarrollo Gitano, Baza

84

Línea de Trabajo Riesgo de Exclusión Social (Inmigración)

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Ana Rosa	Pérez Manzano	Trabajadora Social Centro de Salud Baza
Antonia	Agudo González	Técnica Igualdad CMIM Ayuntamiento Baza
Carmen	Fernández Tello	Trabajadora Social Programa Intervención Comunitaria Inmigrantes Ayuntamiento Baza
Guillermo	Molina Abril	Presidente Asociación Baza Andino
José Francisco	Serrano Granados	Párroco Santo Ángel, Baza
Juan Manuel	López Fernández	Director IES Alcrebite
M. Isicia	Perez Martinez	Centro Mujer
Mª Piedad	Castillo Martínez	Trabajadora Social Programa Intervención Comunitaria Inmigrantes Ayuntamiento Baza
Manuel	Hernández Parra	Jefe Policía Local
Silvia	Jaén Carricondo	Trabajadora Social Caritas

85

Línea de Trabajo Protección de la Salud: Alimentaria y Ambiental

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Antonio	Molina Martínez	Veterinario Distrito Nordeste
Antonio	Mora Valdivieso	ALPE UPE Ayuntamiento Baza
Encarnita	Pérez López	Farmacéutica Distrito Baza
Esther	Gutiérrez Alario	Técnica COAG Baza
Luis Fco.	Lizarte	Técnico OCA Baza
María	Moraleda Sánchez	Coordinadora Salud Ambiental/Alimentaria Distrito Sanitario Granada Nordeste

Línea de Trabajo Seguridad (Vigilancia de la Salud)

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Fátima	Lomas Cano	Unidad PRL Hospital Baza
Isabel	Checa Castellano	ALPE UPE Ayto. Baza
Mª Lourdes	Gea Lázaro	Directora Centro Salud Baza
Jose Luis	Mateos Montero	Director OCA Baza

María Ángeles	Rubín Gómez	Epidemióloga Distrito Nordeste
Susana	Fernández Coello	Técnica PITA Dto. Nordeste
F. Javier	Dolz	Técnico Programa “Empresas libres de humo”

Línea de Trabajo “Participación Ciudadana” (transversal)

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO/ENTIDAD
Aroa	García Navarro	Asociación Alcer
Aurelia	Salas Muñoz	Servicio Atención Ciudadanía Dto. Nordeste
Felicidad	Iriarte	Presidenta Asociación Alzheimer ALCREBITE
Francisco	Ortega	AAVV Sierra de Baza
Francisco	Medina Sierra	AAVV Alcrebite U5
Francisco	Hernández Gómez	Asociación Alcer
Juan Antonio	Pando	Asociación Adial (discap.físicos)
Juan Diego	Suárez Valdivieso	Asociación Alcer
Juan Manuel	Jiménez Pizarro	AAVV AL-GHABA
Juan Manuel	García González	Hospital Baza
Julián	Martínez Román	Asociación Mayores del Ángel
M ^a .Carmen	Cuevas	AAVV Avesan
M ^a .Carmen	Vega	Anejo Salazar
Manuel	Lizarte Casado	Anejo Baico
María	Alcalde Navarro	Asociación Bastealcor (coronarios)
María José	Torres Mesas	Asociación Jocerabi
Nicolás	Alarcón Gómez	Asociación Tamasca
Trinidad	López Salmerón	Hospital Baza
Vanessa	Mesas Troyano	AECC Psicóloga

86

MUNICIPIO DE ALCALÁ DE GUADAÍRA. (SEVILLA).

GRUPO MOTOR ALCALÁ DE GUADAÍRA

ENTIDAD	NOMBRE	CARGO
DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SALUD	Elena Delgado Torralbo	Jefa Servicio Salud Pública
	Ramón Santos Luque	Jefe Servicio Salud Pública
	Marcelino García Fernández	Jefe Sección Epidemiología
	Antonio García Moreno	Técnico de Acción Local en Salud
DISTRITO SANITARIO	Rosauro Varo Baena	Coordinador de Epidemiología y Programas
	Manuel Cenizo Rodríguez	Coordinador de Educación para la Salud y Participación



AYUNTAMIENTO ALCALÁ DE GUADAÍRA	María Dolores Gutiérrez Peral	Concejala de Salud
	Juan Antonio Marcos Sierra	Director de los Servicios Sociales
	Francisco Javier Maestre	Periodista Área de Servicios Personales
	Raquel Sánchez	Trabajadora Social Servicios Sociales
	Inmaculada Fernández Portillo	Técnica Sup. Oficina para la Promoción de Personas con Discapacidad
	José Carlos Segura Rodríguez	Técnico Drogas y Adicciones

RED LOCAL ALCALÁ DE GUADAÍRA

JOVENES		
ENTIDAD	NOMBRE	CARGO
DELEGACIÓN LOCAL DE EDUCACIÓN	Inmaculada Portillo Guerra	
Fundación RACC	Sonia Menacho Martín (Responsable fundación en Andalucía)	- Accidentabilidad
IES Alguadaíra	M ^a Jesús Campos Galeano	- IVEs
		- IVEs
SAS C.S.OLIVA	Julio Márquez (Médico Familia)	Tráfico: Accidentabilidad. IVEs
SAS C.S.OLIVA	Luis Manuel Pérez Enfermero	Tráfico
SAS C.S.OLIVA	M ^o Carmen Martín (Pediatra)	IVEs
SAS C.S. OLIVA	M ^a Sánchez (Pediatra)	IVEs
SAS C.S. OLIVA	Carmen Fernández Florencio	IVEs

GENERO		
ENTIDAD	PARTICIPANTES	ACTIVIDADES
DELEGACIÓN LOCAL DE EDUCACIÓN	Inmaculada Portillo Guerra	
SAS C.S. OLIVA	Carmen Fernández Florencio	- Violencia de Género
SAS C.S.OLIVA	Rosario Ruiz	- Violencia de Género

DEPENDENCIA

ENTIDAD	PARTICIPANTES	ACTIVIDADES
ASAENES (Esquizofrenia)		Dependencia
VOCES NUEVAS (Minusválidos Físicos)		Dependencia
ONCE		Dependencia
AAEE (Down y Retraso madurativo)	Sara	Dependencia
ALZHEIMER		Dependencia
FIBROMIALGIA		Dependencia
DIABÉTICOS		Dependencia
	M ^a José→Trabj. Social-Salud Mental	Dependencia
Enfermera de Enlace C.S. OLIVA	Carmen Escolar	Dependencia
Enfermero de Enlace	José M ^a Ponce	Dependencia
SAS C.S. OLIVA	M ^o Carmen Ferreras Hervás (Enfermera)	Dependencia
SAS C.S. OLIVA	Ana González Bocado	Dependencia
CRUZ ROJA	Luz M ^a Fajardo Coto	Dependencia

ENTORNO Y ESTILOS DE VIDA

ENTIDAD	PARTICIPANTES	ACTIVIDADES
Enfermera D.Paulino	Ana Montaña	Alimentación y Actividad Física Adicciones: Tabaquismo
	Oscar González García	Riesgos Ambientales
SENADO	Luis Cayuela López	Riesgos Ambientales. Alimentación y Actividad Física
Enfermera OLIVA	Sonia Ariza Sánchez	Alimentación y Actividad Física
Médico Familia OLIVA	M ^a Isabel Calle	Alimentación y Actividad Física
Pediatra OLIVA	M ^a Carmen Martín Ruiz	Alimentación y Actividad Física
Enfermera OLIVA	Aurora García	Alimentación y Actividad Física
Enfermera OLIVA	Carmen Fernández Florencio	Alimentación y Actividad Física
Directora Campo Beatas	Bienvenida	Alimentación y Actividad Física
Enfermero Familia OLIVA	Luis Manuel Pérez Fernández	Tabaquismo
Médico Familia OLIVA	M ^a Isabel Calle Blanco	Tabaquismo

Distrito Sanitario Sevilla Sur (Técnico Salud Ambiental: Responsable Unidad Ambiental Alimentaria de Distrito)	Paco Pereira	Riesgos Ambientales
PITA Distrito Sanitario Sevilla Sur	Reyes Agreda	Tabaquismo
Inspección Ayuntamiento	Casimiro	Riesgos Ambientales Tabaquismo
Médico EOE	Rafael Oliver	Alimentación y Actividad Física
AMPAs	Carmen López	Riesgos Ambientales. Alimentación y Actividad Física Tabaquismo
Restaurador	Mario	Alimentación y Actividad Física
Diabéticos	Meli	Alimentación y Actividad Física
Coronarios APACOAL	Roberto Piña	Tabaquismo
AFA	M ^a del Águila	Alimentación y Actividad Física
Joven-AAVV	Ezequiel Labandón	Riesgos Ambientales Alimentación y Actividad Física Tabaquismo
Escuela Ramón	Ramón	Alimentación y Actividad Física
Ecologismo positivo	Juan Luis Cabeza	Riesgos Ambientales
AECC	Amelia Carmen Merino	Tabaquismo
AYUNTAMIENTO	M ^a del Águila	- Alimentación y Actividad Física Tabaquismo
AYUNTAMIENTO	Fernando Casal	Riesgos Ambientales
Plataforma Voluntariado	Juan Velasco	Riesgos Ambientales Alimentación y Actividad Física Tabaquismo
Asociación Juvenil Gantalcalá	Heli Dorado	Alimentación y Actividad Física
Alcalá Educa	Juan Gómez	Alimentación y Actividad Física
Sociedad Ecologista ALWADI-IRA	Joaquín Ordóñez Jiménez	Identificación Riesgos Ambientales

AYUNTAMIENTO ALCALÁ (DELEGACIÓN DE DEPORTES)	Director Técnico Deportes	Alimentación y Actividad Física
ALCALÁ EDUCA	Silvia	Alimentación y Actividad Física

DESIGUALDADES		
ENTIDAD	PARTICIPANTES	ACTIVIDADES
Trabajadora Social- Centro Salud	Margarita Lara Pizarro	Desigualdades
MPDL	Juan Antonio Vega	Desigualdades
Trabajadora Social Ayuntamiento Alcalá de Guadaíra	Raquel Sánchez	Desigualdades

MUNICIPIO DE ARACENA. (HUELVA)

GRUPO MOTOR DE ARACENA

Miembros Del Grupo Motor Inicial

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Manuel Durán Hidalgo	Ayto Aracena	Asesor
M ^a Carmen Barzabal Pedrero	Ayto Aracena	Técnico BS
Juan Hernández Clavijo	DAP	T.E.P.S.
Isidoro Durán Cortés	DPS	TALS

Incorporaciones posteriores al GM

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Inés Martín Díaz	AGS	Técnico Atención al Ciudadano
Emilia Domínguez de Freitas	Ayto Aracena	Técnico BS
Isabel Hidalgo Alamillo	UGC	Trabajadora Social

RED LOCAL ARACENA

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Asunción Bomba Romero	Ayto Aracena	Téc. Juventud y BS
Luis Carlos Romero Bomba	Ayto Aracena	Téc. Juventud

Prudencio Lorite Hernández	UGC	Director
Mª Ángeles Carrión	UGC	Coordinadora de cuidados
Mª Carmen Rufo	IES San Blas	Orientadora
José Rodríguez	Unidad Salud Mental Cruz Roja	Trabajador Social Presidente
Antonia López	AMPA IES As. Fibrosierra	Presidenta Presidenta
Santiago Romero Peregrina	Mancomunidad de Municipios	Técnico SAD
Carmen Navadjios	“	“
Julio Martín	“	“
Manuela Iglesias	As. Lucha contra el Cáncer	Presidenta
Rosa Mª Garzón	A.F. Enfermos Alzheimer	Presidenta
Mª Dolores de la Cruz	“	“
Francisco López	As. hogar del Pensionista	Presidente
Natividad Calero	MASA	Presidenta
José Antonio Delgado	“	Trabajador Social
Lina Recha	Cruz Roja	Vocal
Trinidad Romero	As. Lucha Contra las Drogas	Presidenta
Mª Dolores Ortega	As. Mujeres Carecena	Presidenta
Ana Loli Soriano	“	“
Purificación Camorro	As. Arcilasis	Presidenta
Mª Jesús Galipienzo	As Mujeres “Sierra Marina”	Presidenta
Ángeles Sánchez	As. Mujeres “Los Molinos”	Presidenta
José Damián Romero	As. “Las tres Cabras”	Técnico
Rosario Mora	AMPA José Nogales	Presidenta
Lucía Serrano	“	Vocal
Camino Enriquez	“	“
Mª José Silva	“	“
Rocío Rodríguez	AMPA “La Julianita”	Presidenta
Mª José Serrano	“	“
Mª Dolores Pavón	SAFI Mancomunidad	Técnico
Mario Hiraldo	“	“
José Manuel Rodríguez	PMD Ayto-Aracena	Técnico
Lola Durán	“	“
Juan Diego Redondo	Ayto-Aracena	Concejal BS
Pilar Castizo	CIM Ayto-Aracena	Técnico
Mª Asunción García	“	“
Manuel Pérez	Guardería “la Colmenita”	Director
Mario Rodríguez	Guardería “La Jara”	Director

Manuel Jiménez Garrochena	Ayto Aracena	Concejal Educación y Juventud
Manuel Estévez	Centro de Profesorado de Aracena	Director
Alicia de Navascues	Mancomunidad	Técnico Plan de Accesibilidad
Ana M ^a Carrión	Servicios Sociales Comunitarios	Trabajadora Social
M ^a José Castelló	“	Psicóloga
Oscar Rubio	UGC	Médico de Familia
José M ^a Cuevas	“	“
Gracia Serrano	“	“
Socorro Rodríguez	“	Enfermera
Sergio Domínguez	“	ECE
Ángel Rey	“	Pediatra
Natalia Moya	GDR Las Tres Cabras	Técnico Monitora
M ^a José Ríos	GDR	Técnico
M ^a Ángeles Domínguez	Ayto Aracena	Concejala Igualdad
M ^a Elena Zapata	Residencia Mayores “Sierra Aracena”	Directora
Ana Belén García	“	Trabajadora Social
Víctor García	Ayto Aracena	Técnico Área Urbanismo
José Carlos Arroyo	“	Técnico Desarrollo Local
Antonia M ^a Pavón	C.A.I. Temprana C. C. Drogodependencias	Psicóloga “
Luna Rodríguez	DAP	Técnico PITA
Carmen Esteban	C. C. Drogodependencias	Trabajadora Social
Concepción Hidalgo	AGC	Protección a la Salud
Enrique Naranjo	AGS	Protección a la Salud
M ^a José Fernández	UGC	A4 Farmacéutica
M ^a Dolores Quiñones	Ayto Aracena	Técnico en Práctica
Joaquín Muñoz	UGC	A4 Veterinario
Rafael Naranjo	UGC	A4 Veterinario
M ^a Rosario Martín	UGC	A4 Veterinaria
Antonia Rodríguez	FOE	Presidenta
José Antonio Sánchez	Ayto Aracena	Policía Municipal
Juana M ^a Alcalde	OMIC Aracena	Informadora
Daniel Díaz Valiente	Privado	Nutricionista
Manuel González de Canales	UGC	A4 Veterinario
Luis Víctor Glez Lagos	“	“
Alejandro Caro	Laboratorio Privado	Técnico Protección

Mª Jesús Alcalde	Casa Juventud Ayto Aracena	Colaboradora
Gabriel de la Riva	IES San Blas	Director
Rafael Navarro	Centro de Formación de Adultos	Director

MUNICIPIO DE LA CARLOTA

GRUPO MOTOR DE LA CARLOTA

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Rafaela García	Ayuntamiento	Concejala de salud, servicios sociales, medioambiente, seguridad
José Manuel Cosano	Distrito Sanitario Guadalquivir	Actualmente Director Gerente y durante parte de pilotaje, Director de la UGC de La Carlota
Victoriano Rodríguez	Distrito Sanitario Guadalquivir	Director de la UGC de La Carlota
Andrés Pérez	Distrito Sanitario	Epidemiólogo
Luis Santiago	Delegación Provincial de Salud	Actualmente jefe de sección de Alimentaria y durante pilotaje asesor técnico
Nicole Palacio	Delegación Provincial de Salud	Técnica de acción local en salud

93

RED LOCAL DE LA CARLOTA

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Salvador Herman	Ayuntamiento	Concejal de deportes y juventud
Agustín Alcalá	Ayuntamiento	Jefe de policía local
Rocío Plata	Ayuntamiento	Técnica de juventud
Salvador Narváez	Ayuntamiento	Concejal de educación
Lázaro Muñoz	Ayuntamiento	Protección civil
Elvira Hidalgo	Ayto. y Consejería de Igualdad y Bienestar	Coordinadora IAM
M. Ángeles Morano	Diputación	Jefa Coordinadora Zona. IPBS

Josefa Moyano	Diputación	Educadora social. IPBS
Maribel Cantarero	Educación	Orientadora IES El Sauce
Maribel Educación	Orientadora	IES Nuevas Poblaciones
Javier Lastra y Rafael López	Educación	Directores de IES El Sauce y Nuevas Poblaciones
Joaquín Sánchez, José Quevedo, Antonio Miranda	directores	Centros escolares de El Arrecife, Montalto
Aldea Quintana Sagrario del Prado	Educación	Presidenta de AMPA
Francisca Portero	Educación	Medica de Equipo Orientación Escolar
Mariah Dolores del Pino	Asociación fibromialgia	
Sonia Rodríguez y Mariah del Carmen García	presidentas	Asociaciones de mujeres “Mupi” y “Almudarref”
Eloy Oneti y José Carmona	presidentes	Asociación de personas mayores “ El Recreo” y “ San Rafael”

MUNICIPIO DE LA VICTORIA. (CORDOBA).

GRUPO MOTOR DE LA VICTORIA

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
José Abad	Ayuntamiento	Alcalde
Francisco Gálvez	Ayuntamiento	Técnico medioambiente
Andrés Pérez	Distrito Sanitario Guadalquivir	Epidemiólogo
José Manuel Cosano	Director Gerente	Distrito Sanitario Guadalquivir
Luis Santiago	Delegación Provincial de Salud	
Nicole Palacio	Delegación Provincial de Salud	

RED LOCAL DE LA VICTORIA

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Josefina Pino	Ayuntamiento	Teniente Alcalde
Salvador Torres	Ayuntamiento	Teniente Alcalde
Manuel Osuna	Ayuntamiento	Técnico de deportes

Dolores Crespo	Diputación	Educadora social. IPBS
Francisco Márquez	Diputación	Psicólogo. IPBS
Maruja Salazar	Educación	Jefa de estudios
Concepción Navarro	Educación	Directora Centro Escolar
Rosario Gómez	SAS	Medica del consultorio
Eva Dorado	SAS	ATS/DUE del consultorio
José Manuel Zafra	Presidente	Asociación personas mayores “San Juan”
Ana Cañizas	Presidenta	Asociación de mujeres “Atenea”

MUNICIPIO DE SAN SEBASTIAN DE LOS BALLESTEROS. (CORDOBA).

GRUPO MOTOR DE SAN SEBASTIÁN DE LOS BALLESTEROS

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Mateo Luna	Ayuntamiento	Alcalde
Maria Dolores Costa		Tecnica de Juventud
Andrés Pérez	Distrito Sanitario Guadalquivir	Epidemiólogo
Luis Santiago	Delegación Provincial	Asesor técnico

95

RED LOCAL DE SAN SEBASTIAN DE LOS BALLESTEROS

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Adela Alcaide	Ayuntamiento	Concejala
Catalina Naranjo	Ayuntamiento	Teniente Alcalde y presidenta asociación de mujeres “Dolores Delgado”
David Márquez	Ayuntamiento	Monitor de deportes
Francisco Márquez	Diputación	Psicólogo IPBS
Dolores Crespo	Diputación	Educadora social
Fernando Rojas	Educación	Director de centro escolar “Santo tomas de Aquino”
Marcos Lesmes		Maestro de educación física del centro escolar
José Llamas	SAS	Medico del Centro de Salud

MIEMBROS COMUNES DE LA RED LOCAL de LA CARLOTA, LA VICTORIA Y SAN SEBASTIAN DE LOS BALLESTEROS.

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Inmaculada Redondo	SAS	Medica Centro de Salud de La Carlota
Elvira Catalán	SAS	Coordinadora de cuidados de enfermería del centro de salud
David Paniagua	SAS	Medico urgencias centro salud de La Carlota
Amparo Gracia	SAS	Pediatra Centro de salud de la Carlota
Miriam Lopez	Distrito Sanitario Guadalquivir	PITA
Javier Narbona	Distrito Sanitario Guadalquivir	Responsable formación
Celia Jiménez	Distrito Sanitario Guadalquivir	Participación Ciudadana
Ana Pérez	Distrito Sanitario Guadalquivir	Farmacéutica
Eustaquio Orozco	Mancomunidad Vega del Guadalquivir	Ciudades ante las Drogas

96

MUNICIPIO DE MIJAS.(MÁLAGA)

GRUPO MOTOR DE MIJAS

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Encarnación Daunis Rodríguez		Concejala de Salud
Tamara Vera Ruiz		Concejala Juventud y Medio Ambiente
Esther Gala Oceja		Técnica Promoción de la Salud. Distrito Sanitario Costa del Sol

RED LOCAL DE MIJAS

- » Presidente/a: Alcalde Presidente del Ayuntamiento de Mijas.
- » Vicepresidente/a: Concejala de Salud de Mijas.
- » Secretario/a: Técnico Sanidad Ayuntamiento de Mijas.



Vocales:

- » Director/a del Centro de Salud de Las Lagunas Mijas-Costa.
- » Técnico/a Promoción de Salud Distrito Sanitario Costa del Sol.
- » Técnico/a Acción Local en Salud. Delegación Provincial de Salud de Málaga.
- » Uno por cada una de las Asociaciones que a continuación se nombran:
 - Asociación Española contra el Cáncer
 - Asociación Mijeña contra la Anorexia y Bulimia.
 - Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Mijas
 - Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Fuengirola-Mijas Costa
 - Asociación de Personas con Discapacidad de Mijas (ADIMI) Virgen de la Peña
 - Asociación de Mujeres Mijeñas con Fibromialgia y Fatiga Crónica
 - Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental en la Costa del Sol.
 - Asociación Mujeres Villa de Mijas
 - Asociación Sociocultural Mujeres Mijitas
 - Asociación de Mujeres Caleñas
 - Asociación Antisida Concordia
 - Asociación Antisida Málaga

MUNICIPIO DE VÍCAR

97

GRUPO MOTOR AYUNTAMIENTO DE VÍCAR

AYUNTAMIENTO DE VICAR:

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
M ^a Carmen García Rueda	Ayuntamiento	Concejala de Bienestar Social y Familia, Mujer e Igualdad, Mayores y Dependencia, Colectivos e Integración, Empleo y Formación
Clementina Ortiz Puga	Ayuntamiento	Concejala adjunta de M ^a Carmen García
Luz M ^a Fernández Manzano	Ayuntamiento	Concejala de Salud, Consumo y Comercio, Hacienda, Innovación, Régimen Interno, Medio Ambiente y Desarrollo Municipal
Vanessa Lidueña Montoya	Ayuntamiento	Concejala de Deportes, Educación, Juventud y Cultura

Rogelio Molina Rueda	Ayuntamiento	Asesor Técnico Sanitario del Ayuntamiento de Vicar
Francisca Luz Berenguel Espinosa	Ayuntamiento	Directora de los Servicios Sociales Comunitarios de Vicar
Dña. M ^a Jesús Delgado Vera	Ayuntamiento	Trabajadora Social de los Servicios Sociales Comunitarios de Vicar (área de inmigración)

SALUD : DELEGACION PROVINCIAL DE SALUD:

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Lourdes Sosa González	Sección de Programas de Salud y Participación	
Ana Pilar Galeote Espejo		Técnica de Acción Local en Salud (TAL)

DISTRITO ATENCION PRIMARIA PONIENTE ALMERÍA:

98

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Begoña Santos Navarro		Trabajadora Social
Rubén Moncada Díaz	Unidad de apoyo para la atención del tabaquismo	Técnico del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía

UNIDAD DE GESTION CLINICA PUEBLA DE VICAR:

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Rafael Martínez de la Peña		Enfermero de Enlace
Ana Vázquez Camacho		Inspectora Sanitaria

RED LOCAL VICAR

GRUPOS DE DISCUSION:

- » Asociaciones de Madres y Padres (AMPAS).
- » Asociaciones de Salud (ámbito local y provincial).
- » Asociaciones de Mujeres Autóctonas.
- » Asociaciones de Vecinos.
- » Consejo del Mayor.
- » Consejo de la Juventud.
- » Asociaciones de Ayuda a Mujeres en Riesgo de Exclusión Social.



- » Responsables de la Unidad de Día de la Tercera Edad.
- » Auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- » Asociaciones de Inmigrantes.

GRUPOS DE TRABAJO COMUNITARIOS:

- » **LINEA POBLACION INMIGRANTE:** Representante político del Ayuntamiento, Trabajadora Social de los Servicios Sociales Comunitarios y/o Trabajadora Social del Distrito Poniente, Asociaciones de Inmigrantes, Asociaciones de Mujeres Inmigrantes, Mediador de los Servicios Sociales Comunitarios, Equipo de Tuberculosis, Profesional Sanitario del Centro de Salud, Asociación Proderechos Humanos, Líderes Religiosos de la comunidad, Trabajadora Social del Centro de Salud.
- » **LINEA TABACO:** Representante político del Ayuntamiento, Técnico de Tabaquismo Distrito Poniente, Educadora Social de los Servicios Sociales Comunitarios, Presidentes de las AMPAS del municipio, Profesional Sanitario, Trabajador Social del Centro de Salud, Responsable Educativo.
- » **LINEA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE):** Representante político del Ayuntamiento, Trabajadora Social del Distrito Poniente, Trabajadora Social de los Servicios Sociales Comunitarios, Técnica del Centro Municipal de Información a la Mujer, Asociaciones de Mujeres Autóctonas e Inmigrantes, Representante Educativo del municipio, Profesional Sanitario del Centro de Salud, Corresponsales Juveniles, Asociación Proyecto Encuentro y Proderechos Humanos, Asociaciones de Inmigrantes, colectivo de mujeres rumanas, Líderes Religiosos, Trabajadora Social del Centro de Salud.
- » **LINEA DE ALIMENTACION EQUILIBRADA, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y EJERCICIO FISICO:** Representante político del Ayuntamiento, Enfermero de Enlace del Centro de Salud, Asesor Sanitario del Ayuntamiento, Inspectora Sanitaria del Centro de Salud, Representante Educativo, Personal de Cocina de centros escolares, Profesional Sanitario, Personal de Medio Ambiente, AMPAS, Asociaciones de Inmigrantes, Asociaciones de la Tercera Edad, Personal de Deportes (asociaciones, clubes, técnico patronato), Líderes Religiosos, Trabajadora Social del Centro de Salud.
- » **LINEA PLANES DE EMERGENCIA Y EVACUACION DE CENTROS:** Representante político del Ayuntamiento, Asesor Sanitario del Ayuntamiento, Representantes del Ayuntamiento, Guarderías, Colegios, Centros de Salud e Institutos, Bomberos y Policía Local, Asociación de Protección Civil y Emergencias.
- » **LINEA RED DE SANEAMIENTO:** Representante político del Ayuntamiento, Asesor Sanitario del Ayuntamiento, Asociaciones de Inmigrantes y representante del colectivo de etnia gitana, Asociaciones de Mujeres, Trabajadores de Mantenimiento del Ayuntamiento.
- » **LINEA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS):** Representante político del Ayuntamiento, Trabajadora Social Distrito Poniente, Trabajadora Social de los Servicios Sociales Comunitarios, Asociaciones Proderechos Humanos y Proyecto Encuentro, Representante Educativo, Profesional Sanitario, Asociaciones de Inmigrantes, Corres-

ponsales Juveniles, Asociaciones de Mujeres, Técnica del Centro Municipal de Información a la Mujer, Asociación NOESSO, Líderes Religiosos, Trabajadora Social del Centro de Salud, Centro Comarcal de Drogodependencias.

MUNICIPIO DE ALGECIRAS

GRUPO MOTOR AYUNTAMIENTO DE ALGECIRAS

- » JULIO MARTÍNEZ FIRVIDA, Concejal de Deportes, Salud y Consumo
- » FRANCISCA PIZARRO ANILLO, Concejal Educación, Informática y Personal
- » MARINA SABORIDO DELGADO, Jefa del Área de Serv. Mup. de Atención al Ciudadano del Ayto. Algeciras
- » SARA AYCAR VALDES, Técnica de Salud Y Consumo del Ayto. Algeciras
- » MARCELIANO ANTOLÍN SERRANO, Responsable de la Unidad de Atención al Usuario del Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar
- » MIGUEL ANGEL CUESTA GUERRERO, TALS Delegación Provincial de Salud.



ANEXO 13: RESUMEN DE LOS CONTENIDOS TEMÁTICOS DE LOS PLS DE “RELAS” SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN Y DETERMINANTES DE LA SALUD.

GRUPOS DE POBLACIÓN						
	INFANCIA	JUVENTUD	MUJER	MAYORES	POBLACIÓN GENERAL	ÁMBITO
DETERMINANTES DE LA SALUD ESTILO Y HÁBITOS DE VIDA	Actividad física Alimentación Promoción salud Accidentes domésticos Salud Bucodental	Tabaquismo Forma Joven Ocio y tiempo libre Habilidades sociales Seguridad vial Agentes de salud y de mediación Sexualidad Planificación familiar Igualdad Convivencia Higiene postural Prevención adicciones IVES, ITS	Actividad física Cáncer mama Grupos de autoapoyo Automedicación autoestima Ocio y tiempo libre Lactancia materna Salud mental Acci. domésticos Primeros auxilios Relajación Menopausia IVES, conflicto pareja e hijos Aten. psicológica formación laboral Alimentación	estimulación cognitiva acompañamiento Actividad física Alimentación Prev. Dependencia Autonomía y habilidades sociales Participación Encuentros intergeneracionales Autocuidado Ocio y tiempo libre Accidentes domésticos Sexualidad Automedicación	Alimentación. Actividad física. Exceso medicamentos. Medicina natural. Consejos sanitarios. Tabaco Promoción de la salud. Prevención violencia. Higiene postural. Consumo. Seguridad vial Primeros auxilios Prevención adicciones Sexualidad ETS Educación ambiental	Educativo Familiar Med. comunicación Profesionales en cuidados personas mayores Sector farmacias Barrios (ZNTS) Profesionales hostelería
MEDIAMBIENTE Y SALUD	Diseño espacios juego de calle			Transporte adaptado Parques saludables para mayores	Seguridad alimentaria. Carril bici. Señalización rutas saludables. Accesibilidad Seguridad Química. Trazabilidad y etiquetado. Sostenibilidad medioambiental. Reciclaje Residuos urbanos. Red saneamiento Agua. Prev.Ries.Laborables. Contaminación atmosférica. Ruido Control de plagas	Empresarios Ayuntamiento Familias Menores Jóvenes Hostelería
DESIGUALDADES	Absentismo escolar Atención temprana		Víctimas violencia género Adicciones Prostitución	cuidadoras apoyo psicológico para cuidadoras Respiro familiar Tarjeta más cuidado Nuevas tecnologías	Prevención violencia género. La Igualdad. Voluntarios de mayores. Inmigrantes. Personas con discapacidad. Corresponsabilidad tareas domésticas. Salud mental. Enfermedades crónicas. Demandantes empleo cuidados mayores	Sanitarios ZNTS Asociaciones enfermos crónicos

ANEXO 14: DISEÑO MUESTRAL Y GUÍA TEMÁTICA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO “RELAS”

DISEÑO MUESTRAL Y GUÍA TEMÁTICA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO “RELAS”		ÁREAS TEMÁTICAS
NIVELES DE ANÁLISIS	ACTORES	
POLÍTICO - INSTITUCIONAL	DPS	Delegado/a Jefe/ a Servicio Salud pública
	DAP	Director/a
	CCSS	Director/a
	GGLL	Alcalde/sa Delegados/as Municipales
TÉCNICO - PROFESIONAL	DPS	Jefes/as de Sección Personal Técnico
	DAP	Personal Técnico
	CCSS	Trabajador/a Social Personal Sanitario
	GGLL	Coordinadores de Área Personal Técnico
CIUDADANO	TEJIDO SOCIAL	ONGs Asociaciones Civiles Sindicatos Senado Popular Consejos Municipales AMPAS
	TEJIDO EMPRESARIAL	Asociaciones de Empresarios Cooperativas Municipales Red de Farmacias
	CIUDADANÍA	Ciudadanos/as Particulares Coordinadoras
	BENEFICIARIOS/AS	Participantes en las actividades Pacientes

1. **PERCEPCIÓN E INTERPRETACIÓN DEL PROYECTO “RELAS”**
 - 1.1. Elementos de Innovación
 - 1.2. Valor añadido
 - 1.3. Valoración de la puesta en marcha del proyecto
2. **PERCEPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS CONCEPTOS/PRINCIPIOS RECTORES**
 - 2.1. Gobernanza
 - 2.2. Intersectorialidad
 - 2.3. Salud en todas las políticas
3. **PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**
 - 3.1. Liderazgo
 - 3.2. Funciones: valoración de actores clave
4. **PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO**
 - 4.1. Mecanismos de coordinación
 - 4.2. Mecanismos de participación
5. **VALORACIÓN Y PROPUESTAS PARA LA SOSTENIBILIDAD**
 - 5.1. Mecanismos de Participación:
 - 5.1.1. Ambito Institucional (Alianzas, estrategias, redes,...)
 - 5.1.2. Ambito Técnico-Profesional
 - 5.1.3. Ambito Ciudadano
6. **VALORACIÓN DEL PRODUCTO (PLAS)**
7. **VALORACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**
 - 7.1. DAFO Dinámico
 - 7.1.1. Debilidades
 - 7.1.1.1. Debilidades percibidas
 - 7.1.1.2. Propuestas de superación
 - 7.1.2. Amenazas
 - 7.1.2.1. Amenazas percibidas
 - 7.1.2.2. Propuestas de superación
 - 7.1.3. Fortalezas
 - 7.1.4. Oportunidades

