GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS
(En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)

Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de Enero de 2015

Esta guía ha sido elaborada por el Grupo de Trabajo para el desarrollo local de la Estrategia:

Miembros del Grupo de Trabajo
Eva Mª Molinero San Antonio. Comunidad Autónoma de Extremadura.
Orlando Blanco Iglesias. Comunidad Autónoma de Galicia.
Margarita Hernando García. Comunidad Autónoma de Madrid.
Beatriz Nuin González. Comunidad Autónoma del País Vasco.
Mª Dolores Gerez Valls. Ayuntamiento de San Fernando de Henares (Madrid).
Eva María Martín de la Peña. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada (Madrid).
Concepción Berzal Martín. Diputación de Málaga.
Carlos de Arpe Muñoz. Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid).
Joan Mediavilla Lizano. Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
Ana Estebaranz Berzal. FEMP.
Mª Eugenia Azpeitia Seron. SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).
Ángel García García. SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria).

Grupo Coordinador
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Elena Andradas Aragonés
Begoña Merino Merino
Pilar Campos Esteban
Ana Gil Luciano
Inés Zuza Santacilia
María Terol Claramonte

Declaración de interés:
Todos los participantes han firmado una declaración de intereses mediante un modelo y procedimiento diseñado para tal fin.

Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de Enero de 2015.

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 MADRID
NIPO: 680-15-006-6
http://publicacionesoficiales.boe.es/

ESQUEMA GENERAL

Resumen ejecutivo 3

1. Objetivos de la Guía de implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS 5
2. Introducción: Marco de Trabajo 6
3. Implementación local de la Estrategia 14
3.1. Adhesión de los municipios a la Estrategia 16
3.2. Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio 18
3.3. Identificación de recursos comunitarios para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad 25
3.4. Integración de equidad en las acciones municipales 35
3.5. Seguimiento y monitorización 35
3.6. Evaluación 36
4. Coordinación entre administraciones para la implementación local 37
5. Próximos pasos 38
ANEXO 1: Características de los municipios del territorio nacional 41
ANEXO 2: Fundamentos para la implementación local de la Estrategia 44
ANEXO 3: Documentos de adhesión a la Estrategia 52
ANEXO 4: Ficha de recogida de información de los recursos comunitarios, actividades y descripción de los campos 56
ANEXO 5: Herramientas útiles para la implementación local de la Estrategia 66
BIBLIOGRAFÍA 77
DOCUMENTOS DE REFERENCIA CONSULTADOS 79

RESUMEN EJECUTIVO

El ámbito local se considera un entorno esencial para el desarrollo de la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en e*l *Sistema Nacional de Salud (SNS) en el marco del abordaje de la cronicidad* que fue aprobada el pasado 18 de diciembre de 2013 por el Consejo Interterritorial del SNS (http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm). En ella se priorizaron cinco intervenciones efectivas que necesitan de medidas coordinadas y de apoyo en los ámbitos comunitario, educativo y sanitario para abordar de manera integral la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades crónicas.

Esta guía para la implementación local ha sido elaborada por el Grupo de Trabajo para el desarrollo local de la Estrategia compuesto por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Comunidades Autónomas (CCAA), Entidades Locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y expertos de sociedades científicas y del Ministerio. La guía cumple con los objetivos de: establecer un marco de trabajo común para la implementación local de la estrategia, facilitar que se haga de manera universal en todos los municipios y proponer recomendaciones y herramientas concretas para ello.

La guía se ha concebido como un documento dinámico, puesto que deberá adaptarse a medida que avance la implementación de la Estrategia, y flexible, dada la diversidad de los municipios a los que se dirige.

En ella se recogen los pasos a seguir para la implementación local una vez realizada la adhesión voluntaria de los Ayuntamientos a la Estrategia (Apartado 3.1), y una propuesta sobre cómo llevar a cabo la:

- Constitución de una mesa intersectorial (Apartado 3.2), puesto que teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud, ganar salud trasciende a otros sectores más allá del sanitario.
- Identificación de recursos comunitarios (Apartado 3.3), que da visibilidad y valor a todas aquellas estructuras y acciones con las que cuenta el municipio y que contribuyen a la salud y el bienestar de la ciudadanía; y además, porque complementa las intervenciones priorizadas en la Estrategia sobre consejo sanitario en estilos de vida con los recursos locales que lo facilitan.

Ambas acciones se han priorizado en base a la evidencia disponible y constituyen herramientas esenciales para avanzar en la prevención de enfermedades crónicas y en la ganancia en salud. También posibilitan la ordenación y priorización, con criterios de efectividad, de otras acciones de salud que se llevan a cabo desde hace años en la

mayoría de los municipios españoles y, en concreto, en los que pertenecen a la Red Española de Ciudades Saludables.

En el documento se plantean distintos niveles de desarrollo en respuesta a esa diversidad de los municipios con el fin de que estas herramientas puedan adaptarse en función de las características y del trabajo realizado previamente.

Se trata, por tanto, de conseguir que las dos acciones propuestas (mesa intersectorial e identificación de recursos) se lleven a cabo tanto en aquellos municipios con una larga experiencia trabajando en acciones de promoción de la salud y prevención como los que inician ahora este trabajo. Todos los municipios que se hayan adherido a la Estrategia, en un primer nivel, contarán con una estructura que posibilite el trabajo intersectorial, "la mesa", y habrán identificado recursos disponibles para posibilitar mejores estilos de vida, teniendo la posibilidad de seguir avanzando en la ganancia de salud.

Además de estas dos acciones en las que se irá profundizando a medida que avance la implementación, se recogen una serie de herramientas (Anexo 5) que pueden ser de utilidad sobre todo para los Ayuntamientos que estén trabajando ya en salud, que quieran reforzar el trabajo intersectorial y la participación y valorar el impacto de las políticas que desarrollan.

Se proponen actividades que son transversales en la implementación, como la integración de equidad en todas las acciones que se realicen (Apartado 3.4), la participación (Apartado 3.2.6) y el seguimiento, monitorización y evaluación (Apartados 3.5 y 3.6) y la coordinación entre administraciones (Apartado 4).

A parte de esta Guía, para facilitar la implementación efectiva de la Estrategia a nivel local, todos los Ayuntamientos que se adhieran a la Estrategia tendrán a su disposición capacitación "*on line"* donde se tratarán los contenidos de esta guía y se profundizará en aspectos relevantes para conseguir los objetivos de la Estrategia en este ámbito clave que es el ámbito local.

1. OBJETIVOS DE LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Los objetivos de esta guía son:

- Establecer un marco común de trabajo para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.
- Facilitar la implementación local de la Estrategia de manera universal, en todos los municipios.
- Proponer recomendaciones y herramientas concretas para la implementación local de la Estrategia.

Este documento es la primera versión de la guía de implementación local de la Estrategia y se ha concebido como un documento dinámico que tiene vocación de ir renovándose conforme avance la implementación de la Estrategia; no obstante, en él, se establecen ya desde un inicio estructuras y mecanismos que consideramos clave para reforzar la coordinación entre sectores y para proporcionar a la ciudadanía entornos y servicios que faciliten estilos de vida más saludables.

2. INTRODUCCIÓN: MARCO DE TRABAJO

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y sociedades científicas, ha elaborado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm). Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013, con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapacidad y se desarrolla en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (1) y tiene su vigencia hasta 2020.

España ha alcanzado una de las esperanzas de vida más altas del mundo (82,1 años) pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en la esperanza de vida con buena salud (en España 61,5 años en hombres y 59,4 en mujeres). Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad y son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles. Por otra parte, las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en nuestro entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes y abordarlos de forma conjunta e integral mejora tanto el impacto de las acciones de promoción y prevención como su eficiencia. Esta Estrategia propone el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como buenas prácticas y basadas en la evidencia científica, dirigidas a promocionar la salud, prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad, actuando de manera integral durante todo el curso de la vida sobre factores como la actividad física, la alimentación, el tabaco, el alcohol y el bienestar emocional; teniendo en cuenta los entornos en los que vive la población y con una vocación de universalidad de las intervenciones.

En la primera fase de la Estrategia (2014-2015) se han priorizado las siguientes actuaciones para que lleguen a todas las personas:

- Facilitar en los centros de salud información de calidad para que todas las personas puedan desarrollar estilos de vida saludables. Es decir, recomendaciones y apoyo a la ciudadanía sobre cómo hacer que sus estilos de vida sean más saludables. A esto se le denomina en la Estrategia "*consejo integral en estilos de vida saludables*".

- Se facilitará información y se establecerá colaboración entre los recursos (sanitarios o no) disponibles en la zona para promover estilos de vida más saludables; esto es lo que se denomina "*vincular el consejo en estilos de vida a los recursos comunitarios*". De este modo, se coordinarán los recursos ofrecidos

en el entorno sanitario, con los disponibles en la comunidad (entorno educativo, deportivo, cultural…).

- Se focalizarán estas acciones en población infantil, durante el embarazo y la lactancia y en la población adulta.

- Para llevarlo a cabo, se ha consensuado y sistematizado el consejo breve en un documento "Consejo integral en estilos de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta"

  (http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Consejo_integral_EstilosVida.htm)

  El objetivo es que este consejo se realice por los y las profesionales de Atención Primaria y cuente con el apoyo de los recursos, políticas y actividades comunitarias para que la ciudadanía pueda llevarlos a cabo. En un futuro se trabajará en el procedimiento de consenso y sistematización del consejo para la población infantil y las embarazadas así como en las intervenciones de educación para la salud individual y colectiva a llevar a cabo desde los centros de salud y su relación con los recursos comunitarios.

- Para la población infantil y con la finalidad de promover el bienestar emocional, se pondrán en marcha programas de parentalidad positiva. Estos programas consisten en establecer medios para la formación y capacitación a padres y madres u otros adultos con responsabilidades educativas, para promover las habilidades sociales, emocionales, intelectuales, del lenguaje y del comportamiento en los niños y niñas, desde el embarazo hasta los 14 años. Prestando especial atención al tipo de información y apoyo que se necesita en distintas situaciones y en las diferentes etapas de la vida. Todo ello desarrollando un entorno de crianza segura y un ambiente sin conflictos para niñas y niños.

  Esta intervención para ser efectiva necesita el refuerzo de las políticas y recursos comunitarios.

- Para la población mayor de 70 años, se desarrollarán planes de seguimiento individualizado para la mejora de la salud y de prevención de la fragilidad, entendida como una situación de mayor vulnerabilidad y de riesgo para la discapacidad y dependencia en las personas mayores. La finalidad es que la población mayor mantenga el mayor nivel de autonomía el máximo de tiempo posible. En este sentido, se ha consensuado en el ámbito sanitario un "Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor"(http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm)

> Esta intervención para ser efectiva necesita el refuerzo de las políticas y recursos comunitarios dirigidos a facilitar el envejecimiento activo y saludable.

Por estos motivos dentro de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha identificado la necesidad de establecer un plan de desarrollo local (página 81) ya que el ámbito local se considera un entorno esencial para la Estrategia y para ganar salud. En este sentido, en la fase de implementación se ha constituido un grupo de trabajo para la implementación local de la Estrategia formado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Comunidades Autónomas (CCAA), Entidades Locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y personas expertas de sociedades científicas. El principal resultado de este grupo de trabajo es esta guía para la implementación local de la Estrategia, que recoge las principales acciones a llevar a cabo en cada municipio con el fin de alcanzar los objetivos de la Estrategia y que integra los diferentes componentes de las intervenciones priorizadas y las acciones o actividades que conlleva su desarrollo.

Figura 1: Marco general de la implementación de la Estrategia

Desde un marco de determinantes sociales de la salud y equidad es indispensable trabajar con un enfoque de entornos saludables, y el ámbito local cobra especial importancia. El entorno local es el más cercano a la población, y en él las personas viven, trabajan, estudian, acceden a servicios, disfrutan del ocio, etc.

Los Gobiernos Locales tienen una influencia directa en la salud de la población, mediante sus políticas de salud, educación, bienestar social, transporte, medio ambiente, cultura, urbanismo, vivienda, deportes, seguridad, etc. Algunas políticas no son en su totalidad competencia local, sin embargo sus servicios se desarrollan en el ámbito local, por lo que su coordinación en el territorio produce sinergias muy efectivas para ganar salud.

Estos aspectos hacen del ámbito local un lugar idóneo para mejorar la salud de la población, trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de la ciudadanía.

En el anexo 1 se presenta un breve análisis que recoge las características de los municipios del territorio nacional.

Además de las líneas estratégicas y los principios rectores de la Estrategia, como características esenciales de la implementación local, destacan cuatro:

- Universalidad: teniendo en cuenta la vocación universal de esta Estrategia, se ha tenido en cuenta las particularidades de diferentes tipos de municipios y se establecen mecanismos para facilitar, con el acuerdo y apoyo de las CCAA, la participación de todos los municipios.

- Sostenibilidad: los resultados en salud requieren que las acciones sean sostenibles en el tiempo, y respetuosas con el entorno en el que se llevan a cabo. Garantizar la sostenibilidad de las acciones que se proponen en esta guía es un elemento esencial para el éxito en sus resultados.

- Factibilidad: las acciones que se proponen en esta guía se han considerado desde un enfoque de factibilidad, para garantizar tanto su implementación universal como su sostenibilidad económica y continuidad.

- Avance progresivo hacia objetivos de salud: basándose en la evidencia de efectividad de las intervenciones, en las necesidades de la población y en la evaluación periódica.

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS responde a los problemas de salud más relevantes de la población y ofrece a todos los municipios la posibilidad de avanzar aprovechando la experiencia acumulada. Son muchos los municipios que de forma más directa o indirecta han trabajado la salud. Un ejemplo de ello son los municipios de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS[1]). A lo largo

[1] El movimiento de ciudades saludables es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud que se inicia en 1987 con la creación de una Red Europea de Ciudades Saludables y el fomento de redes nacionales de ciudades saludables. La Red Española fue la primera en constituirse y lo hizo el 8 de marzo de 1988. La Red Española de

de sus más de 25 años de andadura, la RECS ha acumulado experiencia suficiente sobre cómo ganar salud en el ámbito local. La experiencia de esta Red puede servir de guía a otras ciudades, que no han participado en este movimiento, a fin de poder avanzar en la universalización de herramientas y acciones para fomentar los estilos de vida saludables.

La propuesta de implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS está basada en la experiencia de años en el movimiento de ciudades saludables y fundamentalmente aporta tres elementos principales:

1. El fortalecimiento de la intersectorialidad en salud.
2. La mejora de la visibilidad y utilización de los recursos comunitarios que promueven la salud.
3. La promoción de la participación ciudadana y su empoderamiento para ganar salud.

Más allá, la implementación local de la Estrategia está completamente en línea con la 6ª fase de la Red Europea de Ciudades Saludables (2014-2018) (2). Esta fase recoge la adaptación local de las cuatro prioridades de acción de Salud2020:

- Invertir en la salud a lo largo de todo el curso vital y empoderar a la población: los cambios demográficos requieren estrategias efectivas con un enfoque de todo el curso vital. Este punto incluye como áreas prioritarias:
  - Los primeros años de vida.
  - Los mayores.
  - Poblaciones vulnerables, refiriéndose a ambas, vulnerabilidad social o vulnerabilidad por mala salud.
  - Alfabetización en salud: El empoderamiento de la población es un proceso social multidimensional a través del cual los individuos y poblaciones obtienen una mejor comprensión y control sobre sus vidas. Aumentar la alfabetización de la población y el acceso a buena información relacionada con la salud son prerrequisitos para empoderar a la población.
- Abordar los principales retos de salud pública de la Región Europea: son necesarias estrategias e intervenciones efectivas e integrales para abordar los principales retos de las

Ciudades Saludables (RECS) se ha fortalecido y consolidado a lo largo de los años y en la actualidad la constituyen 146 entidades locales (145 Ayuntamientos y una Diputación), que representa aproximadamente a 19 millones de habitantes. http://ciudades-saludables.com/

enfermedades crónicas. A su vez, la efectividad de estas intervenciones es mayor cuando se acompañan de acciones en equidad, determinantes sociales de la salud, empoderamiento y entornos favorables. Las áreas prioritarias de acción son: actividad física, alimentación y obesidad, alcohol, tabaco y bienestar emocional.

- Reforzar los sistemas sanitarios centrados en las personas y la capacidad en salud pública:
  - Es necesario reorientar los servicios de salud y los servicios sociales hacia las necesidades y expectativas de las personas. Para ello, se propone como acción prioritaria la transformación de la provisión de los servicios locales, estableciendo alianzas que crean una nueva cultura de trabajo y facilitan la cooperación entre profesionales del sector salud y otros sectores, apoyando un enfoque de servicios centrados en las personas; y reorientando el sistema hacia la prevención.
  - A su vez, plantean como acción prioritaria el fortalecimiento de las funciones y la capacidad en salud pública.

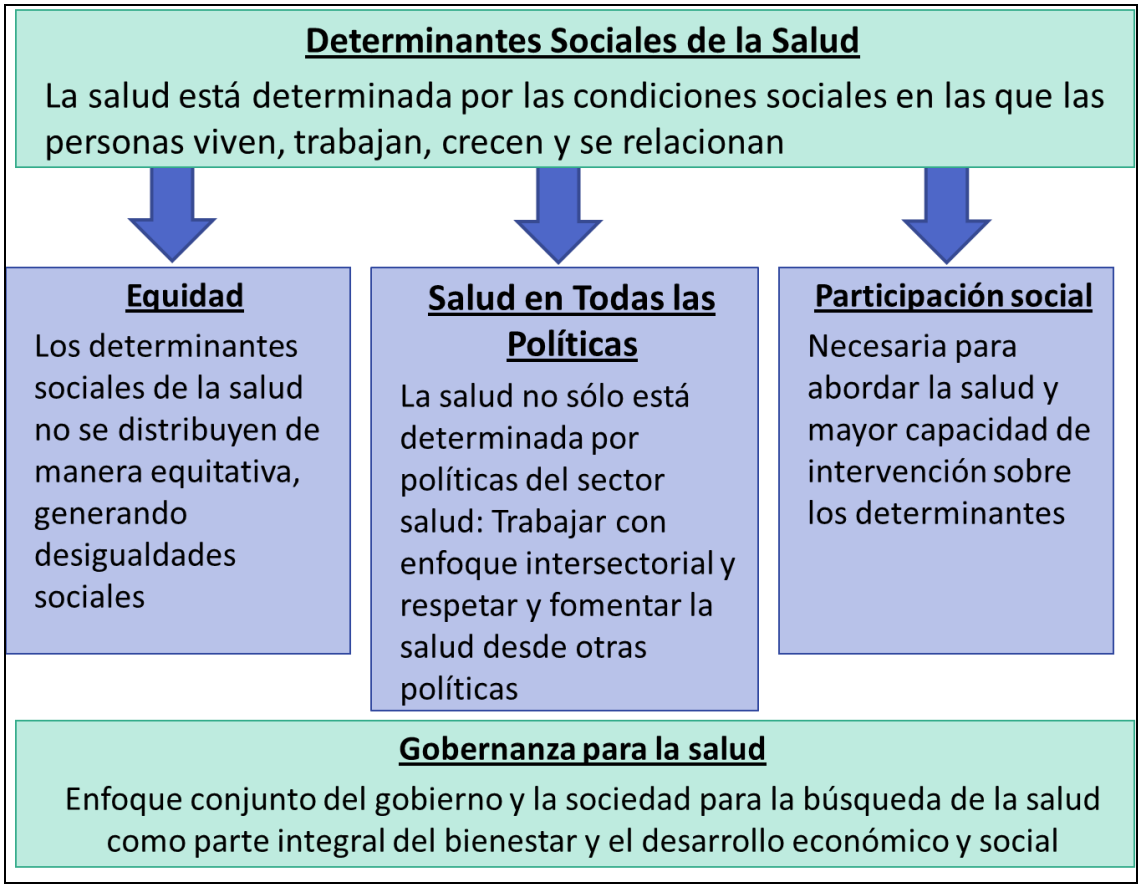
- Crear comunidades resilientes y entornos favorecedores. Proponen seis acciones prioritarias:
  - Crear comunidades resilientes[2]: las comunidades resilientes y empoderadas responden de manera proactiva a situaciones nuevas o adversas, se preparan para cambios sociales, económicos o ambientales y hacen frente mejor a las crisis. Un liderazgo fuerte y una inversión pública en comunidades locales, construidos sobre las fortalezas y activos locales ayudarán a este objetivo.
  - Entornos saludables, mejorando las condiciones de vida y trabajo para promover la salud.
  - Diseño y planificación urbana saludables
  - Transporte saludable
  - Cambio climático, estableciendo relaciones entre el desarrollo sostenible y la salud.
  - Medidas de mejora en la vivienda y programas de regeneración

A su vez, la Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública hace hincapié en la promoción de la salud en el entorno local, ya que establece en el artículo 16 de Promoción de la Salud, que *las actuaciones de promoción de la salud prestaran especial atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas*.

En la figura 2 se puede ver un esquema de los distintos fundamentos que existen en la implementación local de la Estrategia, y un análisis más detallado se encuentra en el Anexo 2.

[2] La resiliencia es la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas (RAE: http://lema.rae.es/drae/?val=resiliencia)

Figura 2: Fundamentos de la implementación local de la Estrategia.



La ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local atribuye a los municipios, en su artículo 25, competencias que tienen repercusiones importantes para la salud de la población. Materias como Urbanismo, Medioambiente urbano, Infraestructura viaria y equipamiento, Evaluación e información de necesidad social y atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, Policía local, protección civil, Tráfico, movilidad y trasporte colectivo, etc. Entre las competencias propias queremos destacar el apartado j) Protección de la salubridad pública.

La salubridad pública[3] en el siglo XXI no sólo abarca el concepto clásico de la protección de la salud desde la garantía de algunos importantes elementos del medio

[3] La Real Academia Española (RAE) ya define la palabra "salubre" como "bueno para la salud". El diccionario de la lengua española (Espasa Calpe 2006) define salubridad como: 1. "calidad de salubre" 2. "sanidad, estado de la salud pública".

físico como el agua potable, el alcantarillado o el control de plagas, sino además, contempla la garantía de un medio adecuado para proteger la salud y favorecer los estilos de vida saludables.

El entendimiento general del término “salubridad pública” se asocia con “el estado de salud de la población” y la definición profesional incluye las áreas de más reciente desarrollo de la salud pública: la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Salud Pública es definida en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública como:

“La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.

La misma Ley General de Salud Pública, detalla que la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.

3. IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA

La implementación local de la Estrategia supone la puesta en marcha y desarrollo de dos acciones clave que deben ir precedidas de la Adhesión del municipio a la Estrategia y que son:

- Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio.
- Identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en el municipio (mapeo de recursos).

En la figura que aparece a continuación (Figura 3) se presenta un esquema general de la implementación local; dicha figura recoge las dos acciones priorizadas y plantea tres niveles de desarrollo para cada una de ellas; cada uno de los niveles propone, a su vez, una serie de acciones a llevar a cabo, si bien se tiene en cuenta que los municipios, al tener diferentes puntos de partida, avanzarán también de forma diferente. El esquema incorpora además (cuadro inferior gris) aspectos clave que son transversales a toda la implementación local: la coordinación entre administraciones, la equidad, participación social, seguimiento y monitorización, y evaluación.

Figura 3: Esquema general de la implementación local de la Estrategia

Con el fin de adecuar la implementación a la variabilidad que pueda existir entre municipios, el desarrollo de las acciones clave se plantea como un proceso progresivo por niveles. Estos niveles son, por tanto, dinámicos y flexibles y respetan la posibilidad de que determinados municipios que partan ya de un trabajo previo, hayan podido realizar algunas de las acciones que se recogen en los diferentes niveles y que esto les va a permitir avanzar más rápidamente en algunos aspectos.

El nivel 1 (figura 3), tanto de la mesa intersectorial como de la identificación de recursos representa las acciones que, como mínimo, se espera que implemente un municipio que se haya adherido a la Estrategia. Puede haber municipios con grandes avances en la acción intersectorial, y que se encuentren en el nivel 2 o 3 de esta acción, pero que, por ejemplo, no hayan desarrollado un mapa de recursos, por lo que en este caso comenzarían por el nivel 1 en la identificación de recursos. Por tanto, la propuesta es orientativa y debido a la diversidad de los municipios, no se establecen plazos de tiempo para alcanzar los distintos niveles. Estos niveles y su descripción más detallada se verán en los apartados 3.2 y 3.3 de este documento.

A su vez, se proponen actividades que son transversales en la implementación, como la integración de equidad en todas las acciones que se realicen, la coordinación entre administraciones, la participación y el seguimiento, monitorización y evaluación.

3.1. Adhesión de los municipios a la Estrategia

La Adhesión de los municipios a la Estrategia tiene como fin dar un marco de compromiso institucional a la implementación local de la misma. Se considera un elemento clave para dar estabilidad a las acciones que se desarrollen en este contexto, además de dar visibilidad al proyecto a nivel de todo el Ayuntamiento, de la población del municipio y a nivel autonómico y nacional; y servir como medio para abogar por la salud.

Los compromisos que se adquieren con la adhesión son los siguientes:

- Aprobación por parte del Pleno del Ayuntamiento.
- Presentación y anuncio público: se realizará una presentación pública inicial y al menos una presentación anual de seguimiento.
- Establecimiento de un cronograma para la realización de las distintas acciones: especialmente la constitución de la mesa intersectorial y la realización del mapa de recursos comunitarios de promoción de la salud y prevención.
- Nombramiento de un/una coordinador/a y dinamizador/a de la implementación local de la Estrategia, que realizará una capacitación *"on line"* como apoyo para la implementación[4]. Se recomienda que sean profesionales del ayuntamiento de nivel técnico, aunque pudiera ser cualquier profesional apoyado por el Ayuntamiento.

A los municipios interesados en la adhesión se les facilitará apoyo técnico y un dossier con la documentación necesaria para llevar a cabo la adhesión:

- Modelo de documento de aprobación de la adhesión.
- Modelo de acuerdo de pleno para la adhesión a la Estrategia.
- Ficha para incluir los datos de contacto del coordinador/a.

  (En Anexo 3 están incluidos los tres documentos anteriores)
- Resumen ejecutivo y resumen divulgativo de la Estrategia.
- Presentación tipo de la implementación local, en power point: tanto para el Pleno como para la presentación y anuncio público.
- Kit de logos de la imagen de la Estrategia.
- Modelo de cronograma de las distintas acciones a realizar.
- Propuesta de reglamento de la Mesa de coordinación intersectorial
- Otros materiales complementarios para la implementación.

[4] Esta capacitación estará también disponible para otros profesionales del Ayuntamiento o del municipio que participen en la implementación.

A su vez, se contempla la Adhesión de las Diputaciones Provinciales, Cabildos y Consejos Insulares con los objetivos generales de promover, impulsar y facilitar la implementación local de la estrategia fundamentalmente en los municipios con escasos recursos.

Los compromisos que adquieren las Diputaciones con la adhesión son:

- Aprobación de adhesión por parte del Pleno.
- Presentación y anuncio público de los objetivos e intervenciones contempladas en la Estrategia, junto con la difusión a los municipios.
- Establecimiento de un cronograma para la realización de las distintas acciones:
    - Difusión de la implementación local en su territorio, apoyo y facilitación a los municipios con escasos recursos que estén interesados en realizar la implementación local y seguimiento de la implementación local en su territorio.
    - Constitución de una mesa intersectorial en la Diputación, Cabildo y Consejo Insular a fin de facilitar la implementación de la estrategia en sus municipios.
    - Nombramiento de un coordinador/a y dinamizador/a de la implementación local de la Estrategia, que realizará una capacitación *"on line"* como apoyo para la implementación[5].

La implementación local de la estrategia podrá realizarse en agrupaciones de municipios.

De manera temporal y hasta que la aplicación *"on line"* descrita en el punto 5 esté disponible, se enviarán las muestras de interés al email: **mapasaludlocal@msssi.es**

[5] Esta capacitación estará también disponible para otros profesionales de la Diputación que participen en la implementación.

3.2. Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio

La mesa se establece como un instrumento o estructura para ganar salud mediante una colaboración intersectorial, y concretar las acciones de la Estrategia.

3.2.1 Funciones de la mesa: Instrumento que tiene por objeto avanzar en salud y equidad en todas las políticas. Contextualización, desarrollo, coordinación, seguimiento y evaluación de la implementación de las intervenciones relacionadas con la Estrategia en su territorio.

3.2.2 Identificación de los sectores clave: teniendo en cuenta el marco de determinantes sociales de la salud y las distintas acciones que conforman la implementación de la Estrategia a nivel local, los sectores y políticas que se consideran clave son: salud, educación, bienestar social, transporte, urbanismo, deportes y medio ambiente. Cada municipio podrá incluir en la mesa otros sectores que considere de interés y progresivamente podrán añadirse otros en razón de las intervenciones de la Estrategia.

3.2.3 Composición:

i. Presidencia: La mesa estará presidida por el Alcalde/Alcaldesa, que podrá delegar en caso de necesidad en el Concejal o Concejala que le sustituya habitualmente, o en un miembro de la Junta de Gobierno.

ii. Secretaría Técnica: El coordinador/a de la implementación local de la Estrategia ejercerá la Secretaría Técnica y dinamizará la mesa intersectorial.

iii. Miembros: Se elegirá a una persona representante técnica de cada sector, preferentemente que corresponda a un nivel con capacidad de decisión.

Según el tamaño del municipio se podrán considerar otras composiciones de la mesa ajustadas a la realidad del municipio, especialmente en municipios pequeños. De la misma manera, en municipios grandes se podrá plantear un proceso escalonado de trabajo intersectorial con mesas en el ámbito territorial más pequeño (distritos, barrios…).

3.2.4 Coordinación con los recursos del nivel autonómico, especialmente salud (servicios asistenciales y salud pública preferentemente) y educación. Teniendo presente el marco de los determinantes sociales de la salud, es importante contar en la mesa con la representación de aquellas instituciones con sinergias en la salud del territorio municipal, aunque no sean específicamente del ámbito municipal. En este sentido, la presencia de actores clave de salud y educación como por ejemplo directores de escuelas, directores de centros de salud, técnicos de salud pública territorial, si los hubiera en el territorio, se considera importante, dado que dentro de esta Estrategia se han priorizado cinco intervenciones (ya descritas previamente) que

van a ser desarrolladas en los centros de salud con el apoyo de las políticas y los recursos locales.

Se está trabajando en el procedimiento general para la coordinación entre el nivel local y las administraciones autonómicas con recursos a nivel local (especialmente sanitarias, educativas y sociales).

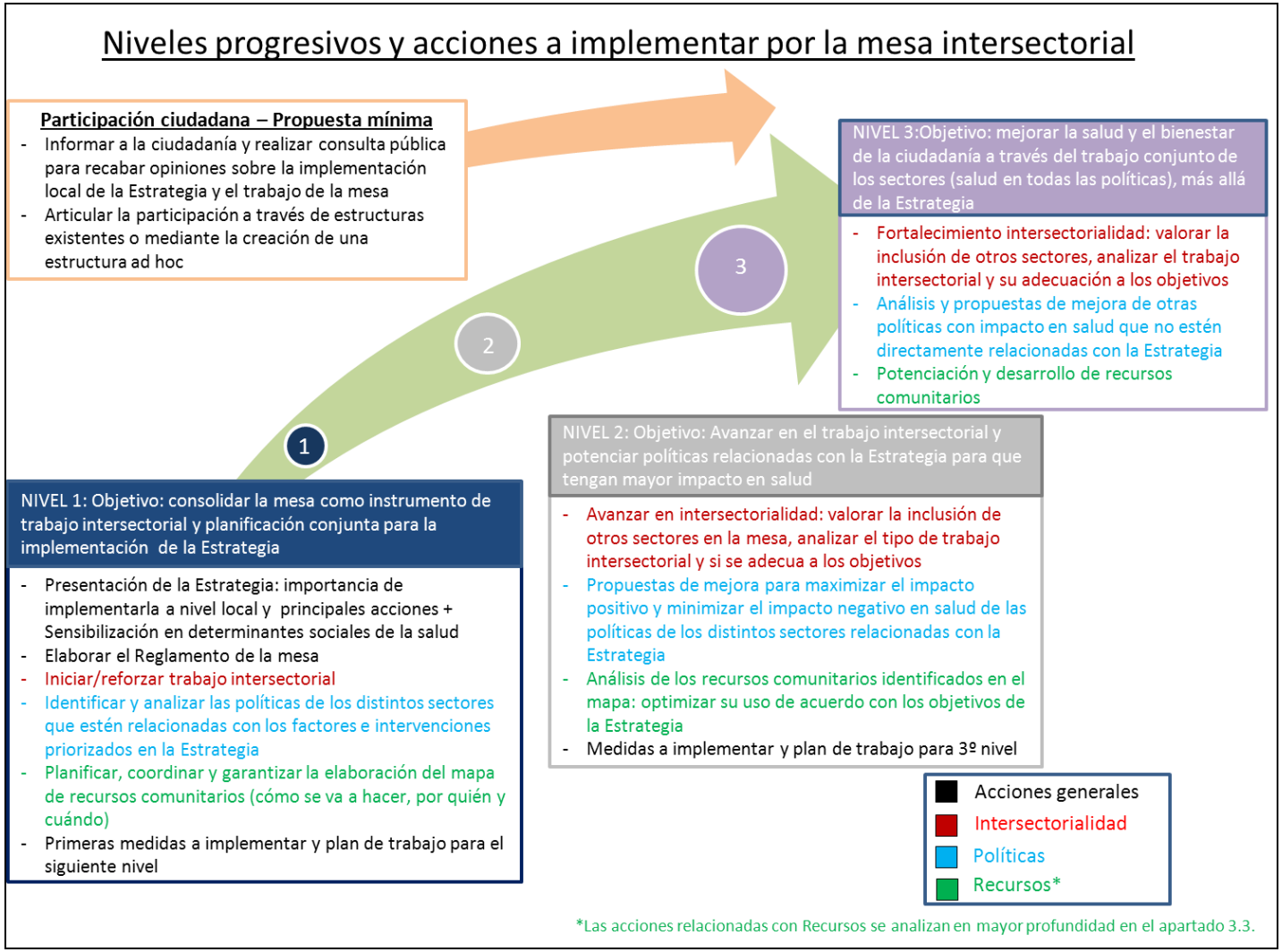
3.2.5 Niveles progresivos y acciones de la mesa intersectorial:

Se plantean tres niveles de acciones de la mesa intersectorial, para adecuarlas a las distintas realidades de los municipios (figura 4).

Como se ha señalado anteriormente, los niveles que se plantean son progresivos, teniendo en cuenta que es posible que determinados municipios partan de un trabajo previo en el que hayan realizado algunas acciones de un nivel u otro y que les permita avanzar más rápidamente en determinados aspectos. El **nivel 1** representa las acciones que, como mínimo, se espera que implemente un municipio que se haya adherido a la Estrategia. Como se muestra en el gráfico, las acciones pueden ser de carácter más general (en negro), referidas a intersectorialidad (rojo oscuro), a políticas (azul) o a recursos[6] (en verde). Puede haber municipios que hayan avanzado mucho en el trabajo intersectorial, y que se encuentren en el **nivel 2 o 3** en este aspecto, pero que no hayan avanzado de igual manera en aspectos referentes al análisis de políticas, por lo que en estas acciones comenzarían por el nivel 1. La propuesta por tanto es flexible según la heterogeneidad de los municipios.

[6] Las acciones relacionadas con Recursos se analizan en mayor profundidad en el apartado 3.3. de este documento: Identificación de recursos comunitarios.

Figura 4: Niveles progresivos y acciones a implementar por la mesa intersectorial



Se describen a continuación los niveles de manera más detallada:

Uno de los compromisos que supone la Adhesión de un municipio a la Estrategia es la constitución de la mesa intersectorial. El nivel 1, posterior a dicha adhesión, tiene como objetivo la consolidación de la mesa ya que se asume que la constitución se ha realizado previamente.

Nivel 1:
Objetivo: consolidar la mesa como instrumento de trabajo intersectorial y planificación conjunta para la implementación de la Estrategia
Acciones: - Presentación de la Estrategia: importancia de implementarla a nivel local y principales acciones + Sensibilización en determinantes sociales de la salud. - Elaborar el reglamento de la mesa. La mesa elaborará un reglamento de funcionamiento que deberá ser aprobado por el Pleno del Ayuntamiento. - Iniciar/reforzar trabajo intersectorial. - Identificar y analizar las políticas de los distintos sectores que estén relacionadas con los factores e intervenciones priorizados en la Estrategia. Análisis de las políticas de los distintos sectores que estén relacionadas con el ámbito de la primera fase de la Estrategia (objetivos, acciones, impacto positivo y negativo en la salud, potencialidades en el futuro, sinergias y limitaciones). Para ello, en el Anexo 5 de la guía (Herramientas útiles para la implementación local) se facilita una herramienta para ayudar a analizar de manera preliminar el impacto en salud de una política. - Planificar, coordinar y garantizar la elaboración del mapa de recursos comunitarios (cómo se va a hacer, por quién y cuándo). En concreto, para la realización del mapa de recursos la mesa establecerá un grupo de trabajo ad hoc. (Lo referente a la identificación de recursos comunitarios se desarrolla en profundidad en el apartado 3.3). - Primeras medidas a implementar y plan de trabajo para el siguiente nivel. Es importante una vez realizadas las acciones previamente especificadas, establecer qué primeras acciones factibles o qué medidas de mejora se van a llevar a cabo para iniciar el camino de mejora de la salud.

Nivel 2:
Objetivo: Avanzar en el trabajo intersectorial y potenciar políticas relacionadas con la Estrategia para que tengan mejor impacto en salud
Acciones: - Avanzar en intersectorialidad: valorar la inclusión de otros sectores en la mesa, analizar el tipo de trabajo intersectorial y si se adecua a los objetivos. - Análisis de los recursos comunitarios identificados en el mapa: optimizar su uso de acuerdo con los objetivos de la Estrategia - Propuestas de mejora para maximizar el impacto positivo y minimizar el impacto negativo en salud de las políticas de los distintos sectores relacionadas con la Estrategia - Medidas a implementar y plan de trabajo para 3º nivel

Nivel 3:
Objetivo: mejorar la salud y el bienestar de la ciudadanía a través del trabajo conjunto de los sectores (STP*), más allá de la Estrategia.
- Fortalecimiento intersectorialidad: valorar la inclusión de otros sectores, analizar el trabajo intersectorial y su adecuación a los objetivos. - Análisis y propuestas de mejora de otras políticas con impacto en salud que no estén directamente relacionadas con la Estrategia. - Potenciación y desarrollo de recursos comunitarios. Como apoyo a esta acción, el grupo de trabajo de la implementación local de la Estrategia seguirá avanzando en identificar recomendaciones (recursos o acciones) que se consideran clave para mejorar la salud de la población desde el ámbito local, en relación con el marco de la Estrategia (apartado 3.3.4).

**STP: Salud en Todas las Políticas*

Existe un diagnóstico de salud compartido por todo el territorio nacional, focalizado en la carga de enfermedad y mortalidad de las enfermedades crónicas[7]. Por ello, para la implementación de la Estrategia no se considera necesario tener que realizar un diagnóstico de salud de cada municipio, independientemente de que en aquellos casos en los que se crea conveniente, se pueda tener en cuenta información específica a nivel local para valorar las necesidades y orientar la potenciación de recursos y acciones. Dentro del marco de la Estrategia, se avanzará en la coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria, y en la integración de la información sanitaria a nivel local.

[7] Está disponible en el documento marco de la Estrategia, páginas 19-58: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf

3.2.6 Participación ciudadana:

La participación social se considera un elemento clave y transversal y debe ser integrada en todos los niveles; no obstante, no se incluyen acciones concretas puesto que entendemos que cada municipio deberá valorar, en función de su propia experiencia, el tipo de participación y a través de qué canales articularla para cada uno de los tres niveles planteados.

La propuesta mínima de participación consiste en:

- Informar a la ciudadanía al menos una vez al año, y establecer mecanismos (redes sociales, consulta pública, foros, etc.) que permitan recabar opiniones sobre la implementación local de la Estrategia y el trabajo de la mesa.
- Se podría canalizar en las estructuras de participación existentes, como grupos, consejos o en colaboración con la Concejalía de Participación, o se diseñará de manera específica. Podrán también articularse nuevas áreas o formas de participación en razón de los contenidos y de la evolución de la Estrategia.

Cada municipio, teniendo en cuenta su experiencia en participación ciudadana y sus avances a lo largo de la implementación local, irá avanzando en el fortalecimiento de la participación ciudadana desde la mera información y la consulta hacia el empoderamiento (para más detalles, ver la Rueda de la participación en Anexo 2).

Está previsto que uno de los módulos de capacitación *"on line"* aborde la participación.

El derecho a la participación se reconoce como un derecho de los ciudadanos en el artículo 5 de la Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública, en el que "*los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública. Las Administraciones públicas competentes establecerán los cauces concretos que permitan hacer efectivo ese derecho".* La participación de la ciudadanía se contempla a su vez en el artículo 16 de Promoción de la Salud*, en el que se especifica que las organizaciones sociales podrán participar en el desarrollo de actividades de promoción de la salud. Las Administraciones públicas competentes promoverán la participación efectiva en las actuaciones de promoción de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que lo representen.*

3.2.7 Herramientas facilitadas para la dinamización y fortalecimiento de la acción intersectorial:

En el Anexo 5 de "Herramientas útiles para la implementación local" se presentan distintas herramientas para la acción intersectorial:

- Una herramienta para ayudar a analizar de manera preliminar el impacto en salud de una política o acción.
- Un checklist que puede ser utilizado para analizar el tipo de acción intersectorial que tiene lugar actualmente en el trabajo en salud del municipio, o bien para servir de guía sobre qué aspectos contemplar para alcanzar cada tipo de acción intersectorial.
- El marco analítico para el trabajo intersectorial
- Un checklist para analizar las oportunidades, fortalezas y debilidades para el trabajo intersectorial.

Estas y otras herramientas serán abordadas progresivamente en la capacitación *"on line"*.

3.2.8 Experiencias de intersectorialidad en salud:

En el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se identificaron buenas prácticas a través del Comité Institucional de la Estrategia. En lo que concierne a intersectorialidad se detectaron 3 experiencias: Salud en los barrios (Cataluña), la Red Extremeña de ciudades saludables y sostenibles, y la Estrategia de desarrollo de Acción Local en Salud de Andalucía. Cada una de ellas presenta diferentes modos de trabajar de manera integral en el ámbito local, mostrando distintos enfoques para avanzar en salud.

Sabemos que en el ámbito local existen muchas experiencias y está previsto identificarlas en la fase de implementación. Son de especial valor las experiencias de Atención Primaria para promover la salud comunitaria en alianza con la administración local, educación y el tejido asociativo (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria http://www.pacap.net/pacap/).

3.3. Identificación de recursos comunitarios para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Un recurso comunitario es un bien o servicio que puede ser usado para mejorar la calidad de vida de las personas que forman una comunidad (3).

Los objetivos de la identificación de recursos comunitarios son:

- Visibilizar, hacer accesible y ofrecer a la población los recursos locales que pueden mejorar su salud.
- A su vez, se obtiene una información muy valiosa para estudiar la distribución de recursos por áreas e identificar focos de acción para un posterior desarrollo o potenciación de recursos (3).

La identificación y movilización de recursos de una comunidad puede facilitar que las personas residentes de dicha comunidad ganen control sobre sus vidas y su salud.

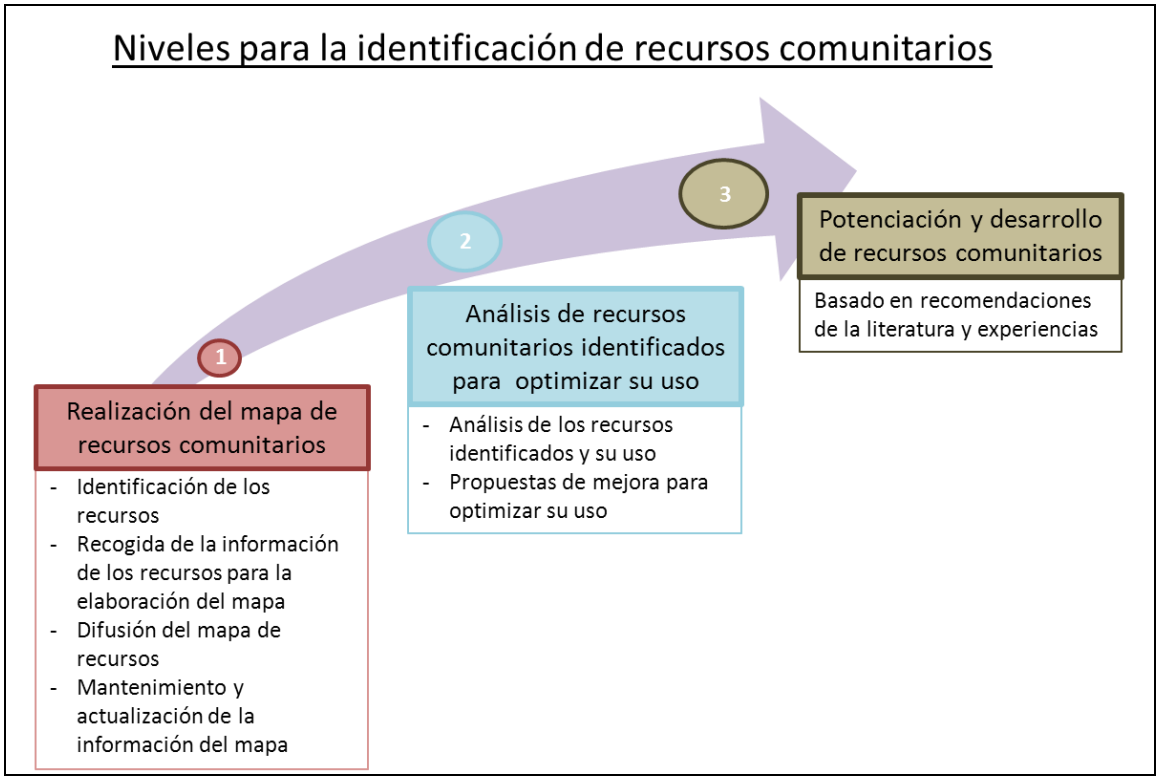
Además, en la Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública se contempla el derecho a la información como un derecho de los ciudadanos (artículo 4). En concreto comprende el "*recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas"*.

3.3.1. Niveles propuestos para la identificación de recursos comunitarios

Estos niveles (figura 5) son también progresivos, y el primer nivel equivale nuevamente a las acciones que, como mínimo, se espera que implemente un municipio que se haya adherido a la Estrategia.

Este **primer nivel** corresponde a la identificación de los recursos y la elaboración del mapa siguiendo unas pautas y una metodología que se detallan a continuación. El **segundo nivel** equivale al análisis de los recursos una vez identificados, con el fin de poder optimizar su uso por la población, que es el objetivo final. El **tercer nivel** correspondería a una potenciación de recursos comunitarios partiendo de los que existen y basándose en recomendaciones sustraídas de la evidencia científica y de experiencias.

Figura 5: Niveles de acciones en la identificación de recursos comunitarios



3.3.2. Primer Nivel: Realización del mapa de recursos comunitarios

La realización del mapa de recursos comenzaría con la identificación de los mismos y posteriormente con la elaboración del mapa en sí mismo. En los siguientes apartados se detallan los elementos a tener en cuenta para su realización.

A. Alcance

La identificación de recursos se realizará fundamentalmente prestando atención a los factores que aborda la Estrategia en su primera fase:

- Actividad física
- Alimentación saludable
- Prevención del consumo nocivo de alcohol
- Prevención del consumo de tabaco
- Bienestar emocional

Y a dos intervenciones concretas que también se han priorizado para esta fase:

- Parentalidad positiva
- Envejecimiento activo

Se realizará con perspectiva de curso vital, señalando qué grupos etarios pueden beneficiarse de cada uno de los recursos que se identifiquen.

El mapa se debe realizar de todo el municipio, teniendo en cuenta los recursos locales de diferente titularidad. Dependiendo del tamaño del mismo el proceso se realizará dividiendo por barrios o distritos censales (o agrupaciones de éstos) en aquellos casos en los que la delimitación por barrios no esté tan establecida.

B. Tipos de recursos a identificar

Presentamos aquí una forma de clasificar los recursos si bien existen diversas clasificaciones. Los recursos pueden ser (4):

1. Recursos de organizaciones: servicios que prestan las organizaciones/instituciones y espacios con los que cuentan.
2. Recursos de asociaciones: tanto formales (grupos, asociaciones, voluntarios) como informales (redes informales de cuidadores, de práctica del deporte).
3. Recursos físicos de un área: calles (peatonales, carriles bici, etc.), espacios verdes, transporte, espacios naturales próximos.
4. Recursos económicos: negocios y comercios locales.
5. Recursos culturales: música, teatro, arte y las oportunidades para expresarse creativamente.
6. Recursos de los individuos: sus habilidades, conocimiento, redes, tiempo, intereses, etc.

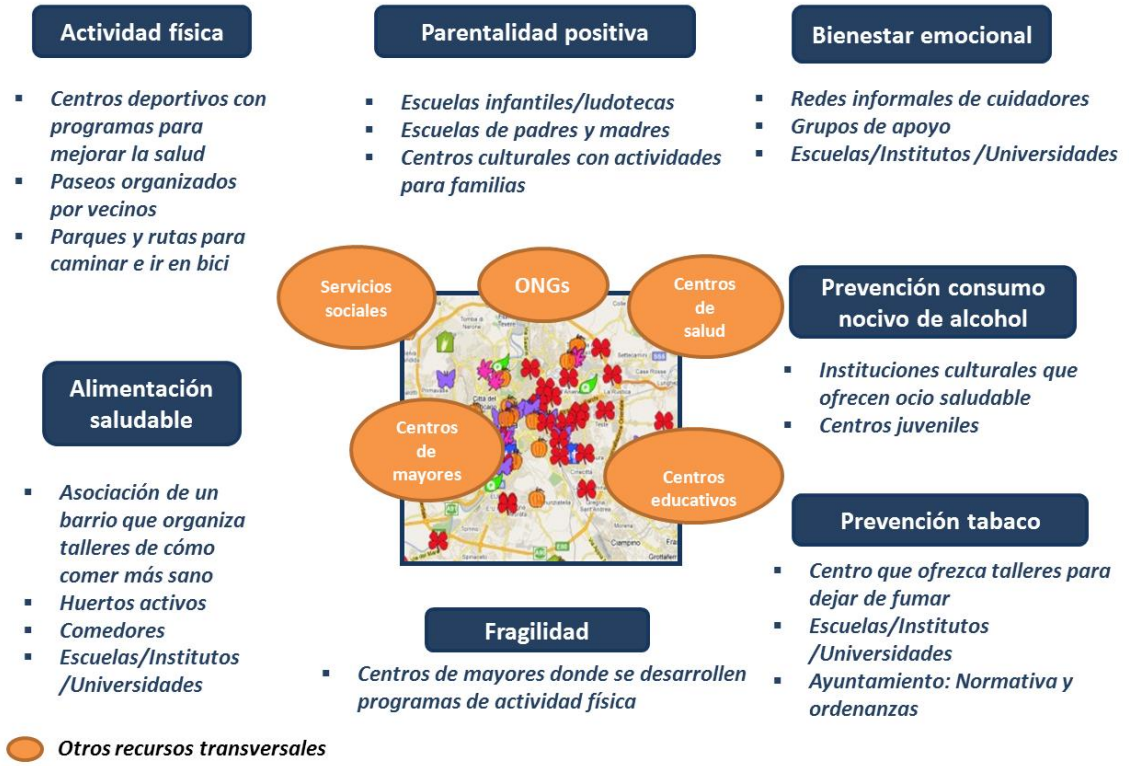
Para el ámbito de los objetivos de la Estrategia, la identificación de recursos en el primer nivel se centra en los tres primeros tipos:

- 1. Recursos de organizaciones
- 2. Recursos de asociaciones
- 3. Recursos físicos de un área

Los recursos de los puntos anteriores 4, 5 y 6 se abordaran en los siguientes niveles, tras consensuar los criterios de inclusión por el grupo de trabajo de esta guía.

Un ejemplo de qué elementos podrían formar parte de un mapa de recursos comunitarios se puede ver en la figura 6.

Figura 6: Ejemplo de elementos que podrían formar parte de un mapa de recursos comunitarios.



C. Metodología

Existen varias metodologías para la identificación de recursos comunitarios, con diferentes grados de complejidad y participación social.

La metodología que aquí se propone sigue el esquema de la Universidad de Kansas en su Community Tool Box (3), la identificación de recursos se puede realizar siguiendo estos pasos[8]:

1. Planificar el mapeo, realizándose las siguientes preguntas:

   ✓ ¿Qué tamaño tiene el municipio?

   Según el tamaño del municipio, el trabajo debe estructurarse de manera diferente. Dependiendo del tamaño y otras características del municipio, determinar cuál será la unidad en la que se basará el mapa: el municipio en su

[8] Para ampliar esta información, se puede consultar la fuente original (disponible en castellano e inglés): http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/valoracion/valorar-las-necesidades-y-recursos-comunitarios

totalidad o dividido por barrios o distritos censales u otra agrupación que se considere conveniente.

A su vez, el tamaño del municipio y otras características también pueden condicionar el modo de trabajo y la metodología a utilizar.

- ✓ ¿Qué personas están disponibles para involucrarse en el mapeo?

Es conveniente formar un grupo de trabajo para llevar a cabo la identificación de recursos. Este grupo de trabajo puede contar con las siguientes personas clave:

- Profesionales del ámbito municipal trabajando en diferentes sectores.
- Personas de referencia en el ayuntamiento o en asociaciones que sean líderes en su comunidad y tenga información clave.
- La población del municipio. La participación social en la identificación de recursos se considera un elemento importante, no sólo por promover la participación social en salud, sino porque los miembros de una comunidad son clave a la hora de identificar recursos que para otros pueden pasar desapercibidos, y de analizar el potencial y la utilidad de los recursos para mejorar la salud. Dependiendo de las características del municipio y la organización y cronograma, existen distintas técnicas de identificación de recursos con un mayor o menor grado de participación de la comunidad. Si no se considera factible la inclusión de la población en las primeras acciones, sería necesario articular su participación en una fase posterior, mediante un seminario participativo en el que se involucrase a la ciudadanía. Es importante que a la hora de seleccionar a la población que participe en el proceso, se tengan en cuenta al menos la edad y el género, para garantizar representatividad de la población del municipio, así como la zona del municipio.

La mesa intersectorial puede establecer el grupo de trabajo a partir de las personas que la componen, e identificar posteriormente a aquellas personas que pueden apoyar en la tarea.

2. Identificación de los recursos: el enfoque básico consiste en realizar un inventario, es decir, una lista de las asociaciones, instituciones y organizaciones que existen en la comunidad:
   - ✓ Empezar la lista con los recursos que ya se conocen, tanto por la mesa intersectorial como por otros espacios técnicos de coordinación ya existentes.
   - ✓ Completar la lista consultando fuentes de información existentes: páginas web del municipio, de la comunidad autónoma, directorios, listado de comercios, periódicos locales, tablones de anuncios, boletines. A su vez, de estas fuentes de información se pueden extraer datos de contacto de personas que pueden aportar más información.

- ✓ Revisar y depurar la lista: Analizar la información y desagregarla por factores, por grupos de edad y geográficamente.
- ✓ Analizar la lista: si se considera que en los pasos anteriores no han estado involucrados los actores clave para la identificación de recursos (representantes de algunos sectores, asociaciones, población del municipio) se puede realizar un seminario participativo para presentar la información de los recursos identificados hasta el momento, discutirlos y enriquecer la información.

Algunas preguntas generales que pueden servir para la identificación de recursos son las siguientes (5,6):

- ¿Qué recursos podríamos utilizar para mejorar la salud de la comunidad?
- ¿Cuáles son los recursos de nuestro sistema de salud comunitaria y de salud pública locales?
- ¿Cuáles son las riquezas de este barrio/municipio?
- ¿Qué es lo que hace que sea un buen lugar para vivir?

Otras alternativas metodológicas

Se proponen a continuación otras alternativas metodológicas para realizar la identificación de recursos, que están basadas en técnicas de participación comunitaria (4,7). Estas técnicas puede usarse de manera complementaria, tanto para identificar recursos per se como para obtener más información sobre los ya identificados.

- Entrevistas en profundidad: encuentro entre la persona que recoge la información y la persona clave.
- Grupos de discusión: conversación de un grupo pequeño y homogéneo diseñada para obtener información sobre un tema concreto común, contando con un/a moderador/a y guiando la discusión a través de preguntas.
- Paseos comunitarios: se organizan paseos de grupos de personas, y se visitan diferentes asociaciones, lugares saludables de la zona, y permite la identificación de nuevos recursos. Tiene el valor añadido de ser una iniciativa que fomenta la práctica de caminar.
- Observación sistemática de comportamientos y conversaciones con observación participante.
- Mapping party: encuentro de un grupo de personas que cartografían colectivamente un lugar.
- Photovoice: es un proceso por el cual las personas pueden identificar, describir y potenciar su comunidad a través del uso de la fotografía. Brevemente consiste en elegir un tema concreto, se realizan fotografías sobre el mismo y posteriormente se extrae información de las fotos, utilizando un guion de preguntas (8,9).
- Investigación narrativa (storytelling): contar historias sobre cómo se ha enfrentado a situaciones difíciles.
- Tertulias del café: generar conversación sobre un tema concreto. Un grupo de personas charla durante 20 minutos en una mesa, uno de ellos hace de anfitrión, y posteriormente el grupo se cambia de mesa, el anfitrión se queda y otro grupo de personas llega a la mesa y retoma la discusión del grupo anterior.

D. Recogida de la información de los recursos comunitarios para la elaboración del mapa

Para que los resultados de los mapas de recursos de todos los municipios sean lo más homogéneos posible dentro de la diversidad que existe, se ha elaborado una **ficha de recogida de información** para cada RECURSO, y sus ACTIVIDADES específicas si las tuviera. La ficha de recogida de información y la descripción de los campos se encuentran disponibles en el Anexo 4.

La ficha recogerá, por tanto, información sobre los recursos identificados por el municipio y, a efectos prácticos, éstos se han dividido en recursos per se o en actividades, y se clasificaran de la siguiente manera:

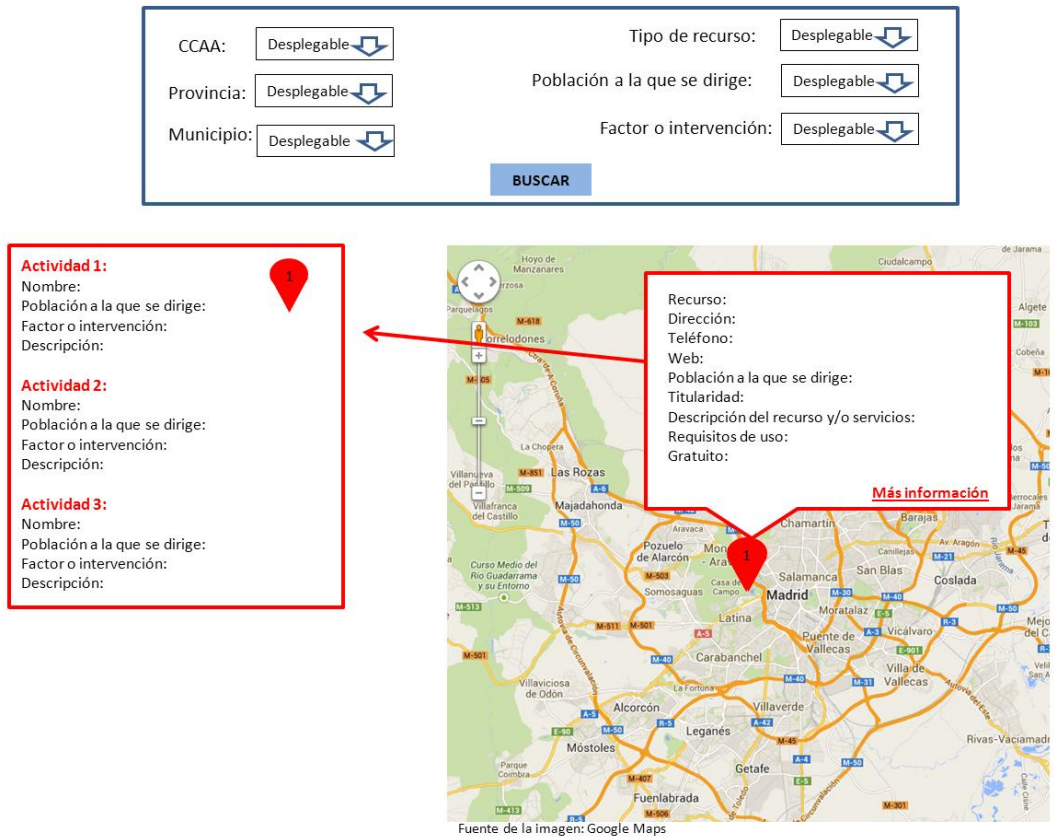
- "RECURSOS" se refiere a los recursos de organizaciones, de asociaciones o físicos de un área; es decir, recursos estables en el tiempo como, por ejemplo, polideportivos, centros de salud, parques, una asociación de vecinos, rutas, etc.
- "ACTIVIDADES": son recursos que dependerían de los anteriores y que podrían estar sujetos a mayor variabilidad. Quedarían englobados, por tanto, en el término ACTIVIDAD, los talleres, espacios dinamizados, actividades o servicios que se ofrecen desde organizaciones, entidades, instituciones, asociaciones o recursos físicos.

El/la coordinador/a de la Estrategia a nivel local, o bien la persona o equipo designado específicamente por la mesa intersectorial para la realización del mapa de recursos planificará/n la identificación de los recursos según tamaño y características del municipio, contactará/n con las personas responsables de los recursos, las apoyarán en la cumplimentación de la "Ficha de recogida de información de recursos comunitarios" (y actividades específicas si procede) y reunirán todas las fichas cumplimentadas.

La información que cada municipio facilite conformará la base del mapa de recursos *"on line"* que está siendo desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante una aplicación *"on line"* que permitirá al responsable local volcar y actualizar fácil y directamente la información. La aplicación se alojará en la web de Estilos de Vida de la Estrategia (en construcción) y estará a disposición de las webs autonómicas, de las diputaciones provinciales y de las municipales para facilitar a la ciudadanía el conocimiento y uso de los recursos locales que pueden favorecer estilos de vida más saludables.

Un posible modelo del formato en el que se presentaría la información del mapa de recursos se puede ver en la figura 7 y está basado en el buscador de actividades comunitarias del PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) y el Observatorio de Salud de Asturias.

Figura 7: Ejemplo de modelo de formato de presentación del mapa de recursos



E. <u>Mantenimiento y actualización de la información de los recursos comunitarios</u>

La información de las fichas de recursos y actividades (Anexo 4) constituirá la base del mapa de recursos *"on line"*, y se establecerán mecanismos de actualización del mapa, para la incorporación de nuevos recursos y para poder realizar cambios en los ya existentes. En la ficha de recogida de información constan los datos de contacto de los titulares de los distintos recursos y se articulará un procedimiento para que éstos actualicen la información de forma anual. En caso de que el titular del recurso no responda a esta actualización, el recurso será dado de baja.

F. Difusión del mapa de recursos

Los mapas estarán alojados en la web de Estilos de vida de la Estrategia y a disposición de las web autonómicas, de las diputaciones provinciales y municipales.

La difusión se considera un paso esencial en la elaboración del mapa de recursos, ya que permitirá su uso por la población, que es el objetivo de realizar este mapa. Además, la visibilización de los recursos puede atraer nuevas oportunidades de generar otros recursos, ayudando al crecimiento de la comunidad; así como facilitar la conexión entre recursos, asociaciones y organizaciones (3).

Los recursos se difundirán en:

- Las web propias del municipio (o diputación provincial). A su vez, implicará dinamización en las redes sociales.
- En los Centros de Salud: El profesional de atención primaria dispondrá de información específica de recursos por barrio o según las necesidades que se planteen en la consulta (actividad física, alimentación, tabaco, etc.) y usarlo en su prescripción en el marco del consejo en estilos de vida.
- La web de la Estrategia.
- Webs de otros sectores relacionados.

Respecto a la difusión, se tendrán en cuenta la identificación y potenciación de herramientas que puedan facilitar el acceso y uso de la población al mapa, como bibliotecas o centros de mayores o de jóvenes o centros culturales con acceso a internet gratuito.

Se profundizará más en determinados aspectos de este apartado en la capacitación, que estará disponible para todos los municipios adheridos a la Estrategia

3.3.3. Segundo Nivel: Análisis de los recursos comunitarios para optimizar su uso

El segundo nivel equivale al análisis de los recursos una vez identificados, con el fin de poder optimizar su uso por la población, que es el objetivo final. Este análisis tendrá en cuenta al menos los siguientes elementos:

- Abordaje de todos los factores de la Estrategia en el territorio y por entornos.
- Distribución geográfica de los recursos.
- Disponibilidad de recursos para todos los grupos de población.
- Utilización de los recursos: porcentaje de ocupación/asistencia, lista de espera.
- Calidad de los recursos.
- Análisis de información sobre satisfacción del usuario, en caso de estar disponible.

- ¿La difusión del mapa de recursos permite que la información llegue a todos los grupos de población?

De este análisis se extraerán propuestas de mejora, acordes con la evidencia, para optimizar el uso por parte de la población de los recursos que ya existen en el territorio. A su vez, sus conclusiones también serán de utilidad para las acciones del tercer nivel.

En este nivel, será de utilidad la utilización de la herramienta para la integración de la equidad que se propone en el apartado 3.5 de este documento.

3.3.4. Tercer Nivel: Potenciación y desarrollo de los recursos comunitarios

El objetivo de este nivel es la potenciación y desarrollo de recursos comunitarios, partiendo de los que existen y basándose en recomendaciones sustraídas de la evidencia científica y de experiencias evaluadas.

El grupo de trabajo de la implementación local de la Estrategia seguirá avanzando en identificar recursos o acciones que se consideran clave para mejorar la salud de la población desde el ámbito local, en relación con el marco de la Estrategia. Esta identificación se realizará a partir de la bibliografía y de las experiencias de las CCAA y municipios.

Asimismo, en relación con estas recomendaciones, se hará una propuesta de mínimos a desarrollar, según el tamaño y otras características del municipio que se consideren relevantes, con el fin de garantizar la equidad en el apoyo a los estilos de vida, sea cual sea el lugar de residencia.

Este apartado va a seguir en desarrollo ya que necesita de un análisis de mayor profundidad en la implementación y aparecerá en documentos posteriores.

Sobre la base de estas recomendaciones, en los casos en los que proceda se dará apoyo general para su potenciación o puesta en marcha[9].

[9] Algunos ejemplos de este apoyo serían: talleres sobre determinados temas para impartir en el ámbito local (materiales), capacitación sobre cómo realizar rutas, etc.

3.4. Integración de equidad en las acciones municipales

La equidad se integrará en la implementación local siguiendo dos enfoques:

- Equidad en la implementación de la Estrategia a nivel de todo el territorio – Vocación universal: Se establecen mecanismos para facilitar la adhesión municipal a la Estrategia, con especial atención a los municipios pequeños y de ámbito rural.
- Equidad en la implementación en cada municipio: se facilitará una herramienta para integrar equidad en las distintas acciones de los municipios. Esta herramienta se basa en una adaptación de la metodología de la Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud, del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (10). http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm
- Esta herramienta, entre otros objetivos, permitirá analizar qué poblaciones están beneficiándose de las acciones de la implementación y cuáles no, y proponer mejoras para la equidad.

3.5. Seguimiento y monitorización

Se llevará a cabo desde la mesa intersectorial, estableciendo en cada caso el modo a realizarlo.

Al menos con periodicidad anual, se llevará a cabo una presentación pública de seguimiento de la implementación local de la estrategia, con el objeto no sólo de informar a la población, sino de facilitar la participación de la ciudadanía y garantizar la transparencia de las acciones que se apoyen o incluyan.

Los avances de la implementación se cumplimentarán en una hoja de seguimiento.

3.6. Evaluación

Para la evaluación de la implementación local se proponen los siguientes indicadores de proceso y resultado para cada una de las acciones:

a. Adhesión:

- Número de ayuntamientos adheridos/total de ayuntamientos.
- Población que corresponde a ayuntamientos adheridos/total población (según las cifras oficiales de población de los municipios españoles referidas a 1 de Enero del año en curso, publicadas por el INE).
- Evaluación de aspectos cualitativos relativos al avance de cada ayuntamiento en la implementación: dificultades u obstáculos en la misma.

b. Mesa intersectorial:

- Número de ayuntamientos adheridos que han formado la mesa/total ayuntamientos adheridos.
- Descripción de qué sectores se han incluido en la mesa.
- Número de Ayuntamientos con representación de los sectores clave en la mesa: salud, educación, políticas relacionadas con el bienestar social, transporte, urbanismo, deportes y medio ambiente (ver punto 3.3.2).
- Descripción de cómo se ha articulado la participación social para las funciones de la mesa.

c. Mapa de recursos:

- Número de ayuntamientos adheridos que han realizado el mapa/total ayuntamientos adheridos.
- Indicadores descriptivos de la distribución de recursos por factores, grupos de población, zonas de población.

d. Capacitación:

- Número de profesionales de los ayuntamientos adheridos a la Estrategia que han realizado la capacitación on line.
- Porcentaje de ayuntamientos adheridos cuyo coordinador local de la Estrategia ha realizado la capacitación on line.

Los indicadores se desagregarán por tamaño de municipio, provincia y CCAA.

La evaluación servirá tanto para cada ayuntamiento como para evaluar la implementación local a nivel nacional, autonómico y provincial. Para ello, la evaluación

se basará en un formulario cumplimentado por cada ayuntamiento, para analizarlo a nivel individual y agregado.

La evaluación permitirá obtener propuestas de mejora para incluir de manera continua en el proceso de implementación.

Como indicadores de salud de la población, se tomarán de referencia los indicadores generales propuestos en la Estrategia y en cada una de las intervenciones, que sea factible desagregar por municipios (o a niveles geográficos más pequeños).

4. COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL

Respecto a la coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud, la Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública presenta 3 artículos. Se especifica que (artículo 22) "*el conjunto de los servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud contribuirá al desarrollo integral de los programas de prevención y promoción, en coordinación con las estructuras de salud pública,* y que *las Administraciones sanitarias establecerán procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud y (….).* A su vez, en el artículo 23 expone la colaboración entre los servicios asistenciales y los de salud pública, haciendo hincapié en que *será a su vez aplicable al ámbito local cuando éste disponga de servicios de salud pública municipales.* Por último, en el artículo 24 se recoge la colaboración entre las administraciones sanitarias y las oficinas de farmacia, centros o establecimientos de veterinaria o de otros servicios sanitarios comunitarios en los programas de salud pública.

Una de las **líneas estratégicas** de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS es la coordinación y gobernanza territorial

"Coordinar e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y discapacidad entre los diferentes niveles territoriales y organizativos, de manera que se refuercen mutuamente y se asegure que las acciones son complementarias y no se duplican. Potenciar la coordinación entre los servicios de salud pública y los servicios asistenciales, con un liderazgo visible y reconocido en la asignación de tareas y responsabilidades a cada actor implicado en la consecución, despliegue y evaluación." (Página 60)

Un **procedimiento para la coordinación, adaptación organizativa y la generación de alianzas** entre sectores está en fase de elaboración y será presentado próximamente. En él se incluirán aspectos de la coordinación relacionados con el ámbito local.

5. PRÓXIMOS PASOS[10]

Esta guía constituye un documento básico para guiar la implementación local de la Estrategia. El grupo de trabajo constituido para la elaboración de la guía va a seguir realizando labores de seguimiento, valoración y asesoramiento a fin de apoyar los objetivos de la guía.

Los primeros pasos previstos son:

- **Valoración y asesoramiento personalizado de la implementación local** de la Estrategia en los municipios que solicitaron la adhesión **dentro del Acuerdo de colaboración para el año 2014 entre el MSSSI** y la Federación Española de Municipios y Provincias (**FEMP**) para la potenciación de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS) y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS[11]. Previsto que el Acuerdo 2015 contemple líneas de potenciación de la adhesión local y las actividades que implica.
- **El 15 de Octubre se presentó esta guía al Comité ejecutivo de la RECS** que aprobó el documento e inicio acciones de refuerzo para fomentar la adhesión a la Estrategia a las 146 entidades locales (145 Ayuntamientos y una Diputación) que forman parte de la red. Desde entonces el documento guía se ha presentado a las Comisiones de trabajo de la FEMP: Urbanismo y vivienda, Trasporte e infraestructura, Educación, Deporte, Juventud y ocio, Salud pública y Bienestar social; a fin de fomentar la intersectorialidad a favor de la salud a todos los niveles. Durante 2015 se seguirán realizando acciones de refuerzo a la intersectorialidad a favor de la salud.
- **Capacitación *"on line"* para coordinadores/dinamizadores locales de la estrategia**. Se ha iniciado el diseño de un módulo de formación que será facilitado en formato *"on line"* para el apoyo a la dinamización de la mesa intersectorial y la elaboración del mapa de recursos. Estos contenidos constituirán un módulo básico de 10 horas que estará disponible en el primer semestre de 2015. Está previsto ir sumando a lo largo de este año módulos temáticos relacionados con la salud en otros sectores (planificación urbana, trasporte y movilidad, deportes y ocio, educación…) y

[10] Este apartado ha sido actualizado a fecha 21 de enero de 2015

[11] FEMP. Apoyo para promoción de la salud pública municipal 2014
Disponible en: http://217.116.2.89/Portal/Front/ContenidoDetalle/_KteWw9eqonZBPGEm_uM-0AqKRv46_amKIVKfM6-EvoQrxjcZlTmPreahu6kHogOu

aspectos clave de la implementación como la participación o la evidencia de las intervenciones seleccionadas y las experiencias previas evaluadas de comunidades autónomas y del nivel local.

- **Elaboración de una aplicación web para la realización del mapa de recursos y para la gestión y apoyo a la implementación local**. La aplicación, que ya está en proceso de elaboración, permitirá al responsable local volcar y actualizar fácil y directamente la información. La aplicación se alojará en la web de Estilos de Vida de la Estrategia (en construcción) y estará a disposición de las web autonómicas, de las diputaciones provinciales y de las municipales para facilitar a la ciudadanía el conocimiento y uso de los recursos locales que pueden favorecer estilos de vida más saludables.

ANEXOS

ANEXO 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS MUNICIPIOS DEL TERRITORIO NACIONAL
ANEXO 2: FUNDAMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA
ANEXO 3: DOCUMENTOS DE ADHESIÓN A LA ESTRATEGIA
ANEXO 4: FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS, ACTIVIDADES Y DESCRIPCIÓN DE LOS CAMPOS
ANEXO 5: HERRAMIENTA ÚTILES PARA LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA

ANEXO 1: Características de los municipios del territorio nacional

España está compuesta por 8.117 municipios, de los cuales el 60,3% tiene 1000 habitantes o menos, pero sin embargo en este grupo de municipios sólo vive el 3,1% de la población. La mayor parte de la población, un 39,7%, vive en municipios de más de 100.000 habitantes (Tabla 1). En la tabla 2 se puede consultar el número de municipios por tamaño de los mismos según Comunidad Autónoma y Ciudad Autónoma.

Tabla 1: Número de municipios y población por tamaño de municipio, a 1 de enero de 2013

Número de municipios y población por tamaño de municipio, a 1 de enero de 2013

	Número de municipios	Porcentaje municipios según tamaño	Población total	Porcentaje población según tamaño municipio
≤ 1.000 habitantes	4.896	60,3%	1.478.631	3,1%
1.001-5.000 habitantes	1.903	23,4%	4.413.163	9,4%
5.001-10.000 habitantes	560	6,9%	3.921.464	8,3%
10.001-20.000 habitantes	355	4,4%	5.034.822	10,7%
20.001-50.000 habitantes	257	3,2%	7.593.871	16,1%
50.001-100.000 habitantes	83	1,0%	5.965.524	12,7%
> 100.000 habitantes	63	0,8%	18.722.308	39,7%
Total	8.117	100,0%	47.129.783	100,0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Tabla 2: Número de municipios y población por tamaño de municipio, a 1 de enero de 2013, por CCAA y ciudades autónomas

Distribución de municipios por tamaño – Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas

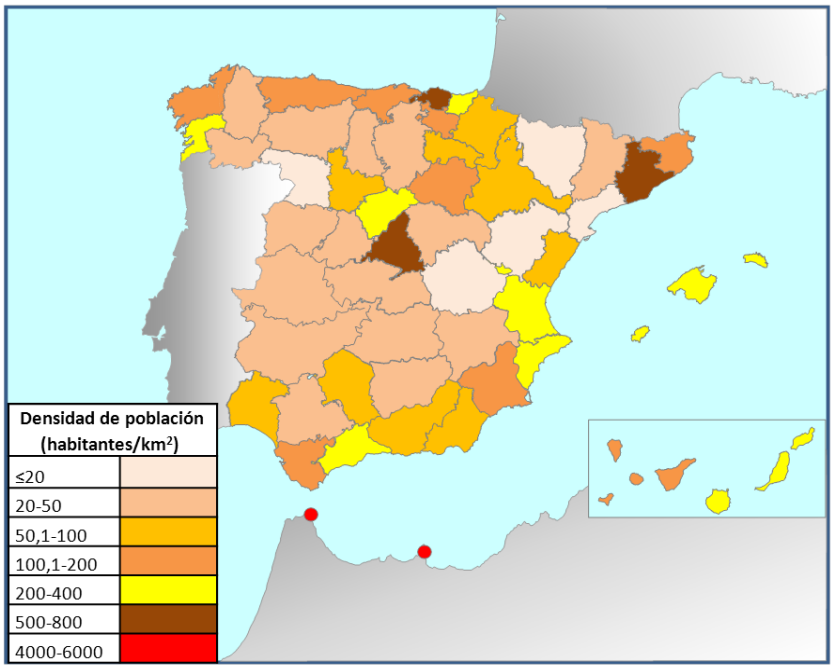
	Municipios según número de habitantes							
	≤ 1.000	1.001-5.000	5.001-10.000	10.001-20000	20.001-50.000	50.001-100.000	>100.000	Total
Andalucía	196	311	110	73	52	17	12	771
Aragón	619	88	10	10	2	1	1	731
Asturias, Principado de	17	30	10	14	3	2	2	78
Balears, Illes	6	21	16	11	10	2	1	67
Canarias	1	24	21	14	20	4	4	88
Cantabria	32	50	10	5	3	1	1	102
Castilla y León	1.985	204	35	9	6	5	4	2.248
Castilla - La Mancha	628	215	37	23	9	6	1	919
Cataluña	485	251	90	57	41	13	10	947
Comunitat Valenciana	215	168	58	36	50	10	5	542
Extremadura	207	140	25	7	4	2	1	386
Galicia	25	177	56	35	15	4	3	315

Madrid, Comunidad de	47	52	31	15	14	10	10	179
Murcia, Región de	2	7	6	13	13	2	2	45
Navarra, Comunidad Foral de	187	63	12	7	2	0	1	272
País Vasco	100	81	28	24	12	2	4	251
Rioja, La	144	21	5	2	1	0	1	174
Ciudad autónoma de Ceuta	0	0	0	0	0	1	0	1
Ciudad autónoma de Melilla	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	4.896	1.903	560	355	257	83	63	8.117

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2013

Si analizamos las cifras de densidad de población, podemos observar una gran variabilidad en el territorio español. La densidad de población de España es de 92,4 habitantes/km^2, pero si lo analizamos por provincias encontramos en los extremos a Soria con 9,23 habitantes/km^2 y Melilla con 5476,62 habitantes/km^2 (figura 8).

Figura 8: Distribución de las provincias del territorio español por densidad de población.



Nota: debido a la dispersión de los valores, las categorías utilizadas no son correlativas en todos los casos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Revisión del Padrón Municipal a 1-1-2009 e Instituto Geográfico Nacional.

Respecto a la adhesión a la red de ciudades saludables, en España hay 146 entidades locales (145 Ayuntamientos y una Diputación) adheridas a la Red Española, 9 ciudades adheridas a la red europea (una de ellas en proceso de adhesión), y ciudades que no pertenecen a ninguna de estas redes. La implementación local de la Estrategia será adaptable a cualquiera de estas situaciones.

ANEXO 2: Fundamentos para la implementación local de la Estrategia

1. Determinantes sociales de la salud

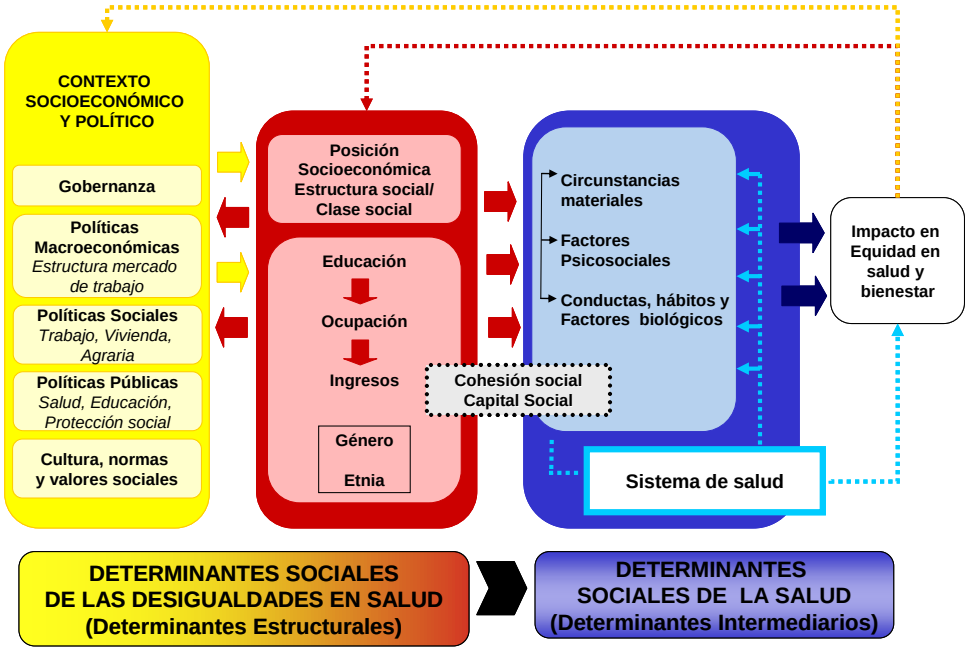
La salud está determinada por múltiples factores y su producción es social. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan, crecen, se relacionan, y que tienen un impacto en salud. Existe evidencia de que los factores que más influyen en la salud son los sociales, frente a factores genéticos o biológicos que influyen menos y además no son modificables.

Existen diversos marcos conceptuales que explican los determinantes sociales de la salud y cómo se relacionan para producir de salud. En concreto, la OMS creó en 2005 una comisión de personas expertas para el análisis de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud, que desarrolló un marco conceptual de los determinantes que puede verse en la figura 9. Este marco conceptual es el que se usará de referencia en la guía, ya que es el que propone OMS, sin perjuicio de que existan otros modelos que han sido adaptados de forma más concreta, como por ejemplo en España, el desarrollado en 2010 por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (11). El contexto socioeconómico y político genera diferentes posiciones socioeconómicas, estratificando a la población según ingresos, educación, ocupación, género, etnia y otros factores. Esta posición modela de manera diferente los determinantes intermediarios (circunstancias materiales como la vivienda, el vecindario, el entorno físico, circunstancias psicosociales, el sistema de salud, conductas relacionadas con la salud y factores biológicos) que a su vez modelan la salud (12).

Estos determinantes sociales de la salud no están distribuidos de manera equitativa en la sociedad, por lo que generan desigualdades sociales en salud, que se definen como diferencias en salud injustas, evitables y sistemáticas entre los grupos socioeconómicos de una población.

A la hora de intervenir para reducir las desigualdades sociales en salud, es importante tener en cuenta no sólo acciones que puedan ir dirigidas a grupos específicos más desfavorecidos, sino también tener en cuenta todo el gradiente social, es decir, que las desigualdades afectan a todo el espectro social y las intervenciones deben regirse por el principio de universalismo proporcional, considerando que las acciones deben ser universales con una intensidad y escala proporcional al nivel de desventaja (13).

Figura 9: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.
Tomado de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

2. Intersectorialidad en salud – Salud en todas las políticas

Un enfoque de determinantes sociales de la salud implica a su vez tener en cuenta que la salud no está únicamente determinada por las políticas del sector salud y las acciones del sistema de salud. Esto implica que la salud no puede trabajarse de manera exclusiva mediante acciones del sector salud, u otro sector de manera aislada, y que es necesario trabajar por la salud con un abordaje intersectorial, es decir, contando con las políticas de otros sectores como transporte, urbanismo, medio ambiente, vivienda, empleo, etc. que pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud.

Este argumento es el principal para abogar por trabajar conjuntamente con otros sectores, y tener en cuenta el impacto en salud de las acciones de otros sectores, lo que comúnmente se conoce como intersectorialidad en salud. Por tanto, se entiende como intersectorialidad en salud una intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (14).

El municipio es el lugar por excelencia de convivencia y de vida y por ello tiene un papel esencial en la salud de las personas. Por ello, parece ser un lugar idóneo para

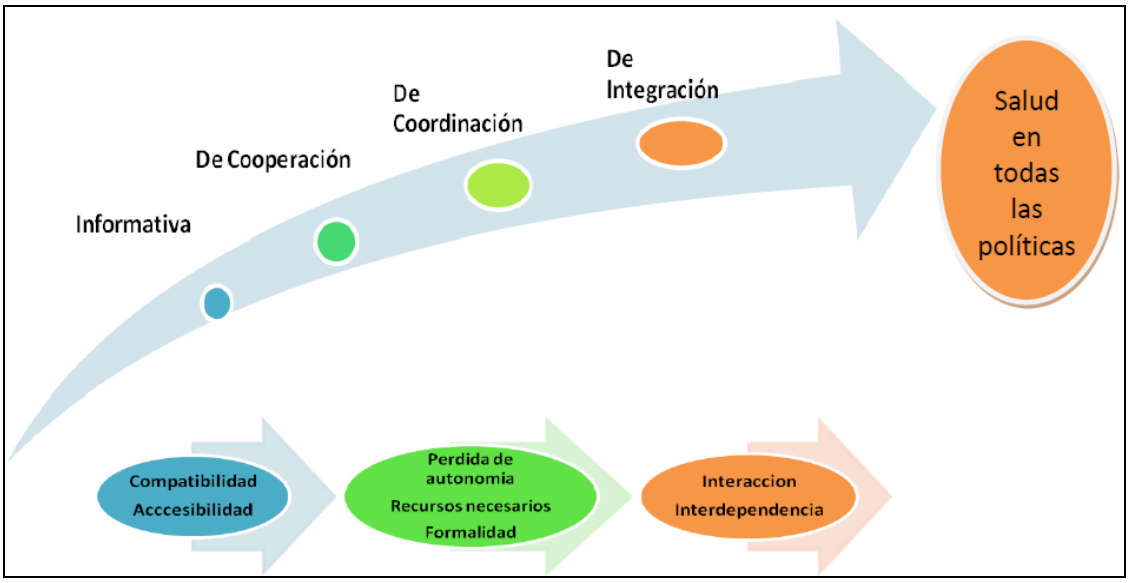
articular una reorientación de las políticas públicas hacia la salud. Existen aspectos en el ámbito local que facilitan el desarrollo de la salud desde este enfoque: coordinación intersectorial, participación de la ciudadanía y gobernanza en salud, cooperación en redes y con otros actores sociales, y la cercanía de la administración local a la ciudadanía.

Existen diferentes modelos de trabajo intersectorial, donde el enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP) supondría un paso adicional de integración (figura 10) (10,15):

- Información: Presentación de los resultados del análisis o problema a otros sectores. Relación unidireccional que normalmente está asociada con recomendaciones por parte del sector salud a otros sectores. Se puede concebir como primer acercamiento para la construcción de un lenguaje común y un entendimiento por parte de cada sector de la lógica y las prioridades del otro, de cara a identificar los puntos en común y los aspectos clave para el desarrollo de un proceso de trabajo conjunto.
- Cooperación: Interacción entre sectores para lograr mayor eficiencia de las acciones de cada sector sobre un tema que supone interés y beneficios para los sectores implicados. Pretende optimizar los recursos de los distintos sectores, establecer cierta formalidad en la relación de trabajo y tiene como resultado una pérdida de autonomía de cada sector. Está fundamentalmente presente en la ejecución e implementación de políticas pero no en su formulación.
- Coordinación: Trabajo conjunto que implica el ajuste de las políticas de cada sector en búsqueda de mayor eficiencia y efectividad, y apunta a un trabajo horizontal en red. Normalmente existe una financiación común, lo que es de gran importancia ya que para crear sinergias en la administración pública (o al menos evitar influencias negativas) es necesario ampliar la perspectiva de los temas o problemas que se están abordando para desarrollar un marco lógico inclusivo. Esto se traduce en una mayor dependencia entre los sectores y por tanto en una pérdida de autonomía de cada uno de ellos.
- Integración: Trabajo integrado que implica definir de forma conjunta una política o programa único que involucra a más de un sector. La integración de políticas puede ir acompañada de autonomía de los sectores implicados, ya que su formulación, diseño y financiación son pactados y adaptados en función de un objetivo social común y no de los requerimientos específicos de los sectores. El trabajo intersectorial integrado requiere frecuentemente la existencia de una función de gestión transversal.
- Salud en todas las Políticas: Es un planteamiento en el que las políticas públicas intersectoriales sistemáticamente tienen en cuenta las consecuencias para la salud de las decisiones, buscan sinergias y evitan los impactos perjudiciales en

la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (16).

Figura 10: Modelos de trabajo con otros sectores o tipologías de intersectorialidad



Fuente: Solar O, Valentine N. Adaptado de Netherland Policy Integration. Mejiers E[12]
Tomado de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

Es importante resaltar que estas distintas tipologías de relación entre sectores coexisten en el tiempo, tanto en las relaciones con un determinado sector como en los diferentes niveles de organización y gobierno (nacional, regional, local y comunitario), y no necesariamente representan etapas progresivas de desarrollo (10).

El tipo de práctica intersectorial que se lleva a cabo está relacionada con la visión de la salud que tiene una determinada sociedad, y cuál es el foco de las intervenciones de salud pública asociado a esta visión. En la tabla 3 se muestra un esquema de las tres principales tendencias de acción actuales de la salud pública -a) intervenciones enfocadas a la enfermedad, b) a la prevención de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables, principalmente mediante estrategias individuales, y c) a la producción social de la salud, teniendo en cuenta los DSS- poniéndolas en relación con los patrones predominantes de las relaciones que establece el sector salud con otros sectores (10).

[12] Meijers E., Stead D. (2004). Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration

Tabla 3: Relación entre el foco de acción de la intervenciones en salud y los patrones de relación con otros sectores.

Foco de acción de las intervenciones	Enfermedades	Prevención y promoción de estilos de vida saludables	DSS: enfoque de producción social de la salud*
Patrón predominante de relación con otros sectores	Información-Cooperación	Cooperación-Coordinación	Integración-Salud en todas las políticas
Resultados de la acción intersectorial	Acciones conjuntas sobre un determinado problema o enfermedad. Ej. campaña informativa	Intervenciones para el control o la eliminación de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables. Ej. regulación tabaco	Planes conjuntos con presupuesto compartido. Ej. Intervenciones estructurales

*Nota: Las actividades de promoción de la salud deberían recoger siempre el tercer enfoque, que ya estaba presente en la carta de Ottawa[13] como una de las cinco estrategias recomendadas para promocionar la salud "la creación de políticas públicas saludables".

Fuente: Adaptado de Solar O, Valentine N, Albrech D, Rice M (2009) Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed?. An approach to an intersectoral typology.
Tomado de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

El hecho de trabajar con un enfoque intersectorial no supone que un sector comience a realizar las acciones de otro sector, sino que se dirige a trabajar conjuntamente o de manera coordinada hacia metas comunes.

Si analizamos cómo puede iniciarse el trabajo intersectorial en salud, encontramos que en las políticas públicas hay una ventana de oportunidad cuando confluyen tres factores (15):

- Problema u oportunidad: se reconoce la existencia de un problema que debe solucionarse o una oportunidad para ganar salud.
- Política pública: diseño de propuestas de políticas: existe una solución técnica adecuada y disponible para resolver el problema o para ganar salud.
- Proceso político: alineamiento de fuerzas políticas para abordar el problema o aprovechar la oportunidad.

[13] OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, 1986.

En el caso concreto de la Estrategia que nos ocupa, podemos analizar estos factores para identificar la ventana de oportunidad de trabajar en la implementación local de la misma y con un enfoque intersectorial:

- Problema: La carga de enfermedad y la mortalidad de las enfermedades crónicas, junto con el envejecimiento de la población, suponen una problemática identificada y cuantificada. A su vez, el enfoque de determinantes sociales de la salud hace que se entienda que el sector salud de manera aislada sólo puede trabajar parcialmente por la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud.
- Política pública: la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS marca unas líneas estratégicas y el desarrollo de unas intervenciones concretas con evidencia de efectividad y con carácter universal en todo el territorio, identificando el ámbito local como clave para la implementación de las acciones. A su vez, el trabajo intersectorial en salud se identifica como un elemento esencial para mejorar la salud y la equidad de manera más efectiva.
- Proceso político: la Estrategia fue aprobada por unanimidad en el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013.

En el marco de la Estrategia, nuestro foco no es cualquier acción intersectorial, sino aquellas que pueden efectivamente proteger y promover la salud, prevenir la enfermedad y reducir o eliminar las desigualdades en salud, incluso aunque dichas iniciativas no se originen desde el sector salud, no sean lideradas por este, ni él participe directamente en cada una de las intervenciones que constituye la acción intersectorial.

Contribución a la salud de distintos sectores

Como ya se ha comentado, además de la contribución a la salud del sector salud, existen otros sectores que puede contribuir a la salud y tener responsabilidad en la salud de la población.

Este apartado se reforzará con búsqueda de evidencias y buenas prácticas de cada sector, además de incluir las funciones y competencias locales de cada uno.

Es importante recordar que el impacto de las actuaciones de todos estos sectores no se distribuye de manera equitativa en toda la sociedad, por lo que es necesario tener un enfoque de equidad además de tener en cuenta la importancia de otros sectores en la salud.

3. Participación social (10)

En la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986) ya se ponía de manifiesto la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad para establecer las prioridades de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implementación con el fin de mejorar la salud. La participación comunitaria es un medio y un instrumento necesario para abordar los problemas de la salud y adquirir una mayor capacidad de intervención sobre los *determinantes sociales de la salud*. Por tanto, la participación en salud no debe centrarse en los servicios sanitarios, sino abarcar otros sectores y condiciones sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida (17).

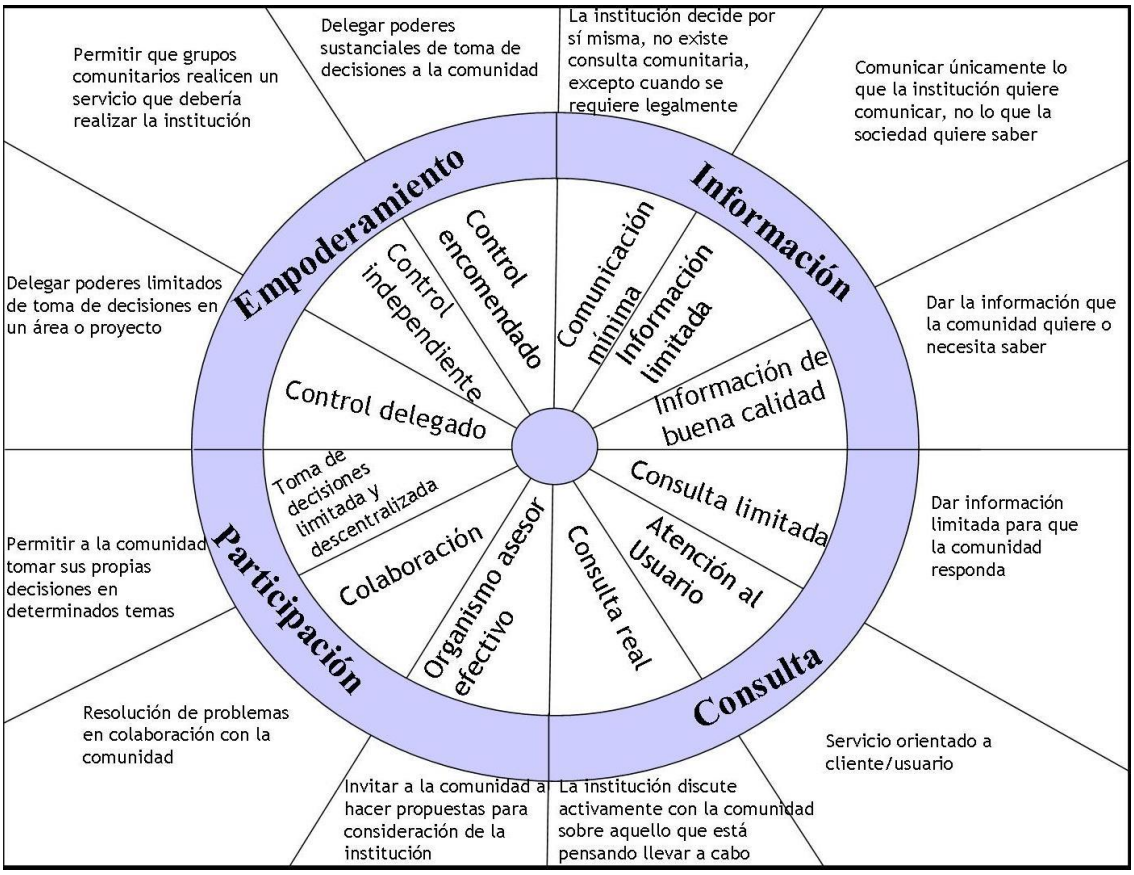
La participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones es vital para asegurar el poder y control de las personas en el desarrollo de las políticas.

Existen distintos mecanismos y modalidades de participación:

- **Informativa:** Dar información equilibrada y objetiva a las personas para ayudarlas a comprender el problema, las alternativas, oportunidades y / o soluciones.
- **Consultiva:** Obtener retroalimentación de las comunidades afectadas en el análisis, alternativas y / o decisiones.
- **Participativa**: Trabajar directamente con las comunidades durante el proceso, para garantizar que las preocupaciones y aspiraciones públicas sean bien entendidas y consideradas.
- **Colaborativa:** Asociarse con las comunidades afectadas en cada uno de los aspectos de la decisión, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida.
- **Empoderamiento**: Con el fin de garantizar que las comunidades tengan “la última palabra“ y, en última instancia, el control sobre las decisiones clave que afectan a su bienestar.

Es necesario planificar la participación social para que ésta sea efectiva. En este sentido, South Lanarkshire Council desarrolló una rueda de participación que muestra como determinadas técnicas de participación permiten alcanzar distintos objetivos (figura 11).

Figura 11: Rueda de la participación



Fuente: Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. Planning, 1998; 1262: 14–15.

Tomado de: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

4. Gobernanza para la salud (18-20)

La gobernanza para la salud se define como un enfoque conjunto del gobierno y la sociedad para la búsqueda de la salud como parte integral del bienestar.

ANEXO 3: Documentos de adhesión a la Estrategia

DOCUMENTO DE ADHESIÓN A LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Yo, el abajo firmante, expreso en representación de mi Entidad Local, el compromiso de adhesión a la ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SNS, adoptado por Acuerdo del Pleno celebrado el día:……..con el compromiso de cumplir las actividades previstas para la incorporación de las Entidades Locales a la Estrategia.

Nombre de la Entidad Local:……

Nombre del Alcalde/Presidente:…….

……..

FIRMA:

Lugar y fecha:……

MODELO DE ACUERDO DE PLENO PARA LA ADHESIÓN A LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Se somete al Pleno del Ayuntamiento……..la propuesta de adhesión a la ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) realizada por el grupo municipal de……..o el/la Concejal/a de…….

La ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) persigue la promoción de la salud y la prevención con el objetivo de ganar años de vida en buena salud y libre de discapacidad.

Esta Estrategia propone el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como buenas prácticas y basadas en la evidencia científica, dirigidas a promocionar la salud, prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad, actuando de manera integral durante todo el curso de la vida sobre factores como la actividad física, la alimentación, el tabaco, el alcohol y el bienestar emocional, teniendo en cuenta los entornos en los que vive la población y con una vocación de universalidad de las intervenciones.

Las actuaciones que se pondrán en marcha en una primera fase se centran en:

- Facilitar información de calidad para que todas las personas puedan desarrollar estilos de vida saludables. Es decir, recomendaciones y apoyo a la ciudadanía sobre cómo hacer que sus estilos de vida sean más saludables. A esto se le denomina en la Estrategia "*consejo integral en estilos de vida saludables*".
- Se facilitará información y colaboración de los recursos (sanitarios o no) disponibles en la zona para promover estilos de vida más saludables; esto es lo que se denomina "*vincular el consejo en estilos de vida a los recursos comunitarios*". De este modo, se coordinarán los recursos ofrecidos en el entorno sanitario, con los disponibles en la comunidad y en el entorno educativo.
- Se focalizarán estas acciones en población infantil, durante el embarazo y la lactancia y en la población adulta.

- Para la población mayor de 70 años, se desarrollarán planes de seguimiento individualizado para la mejora de la salud y de prevención de la fragilidad, entendida como una situación de mayor vulnerabilidad y de riesgo para la discapacidad y dependencia en las personas mayores. La finalidad es que la población mayor mantenga el mayor nivel de autonomía el máximo de tiempo posible.

El ámbito local se considera un entorno esencial para la Estrategia y para ganar salud en el municipio.

Los Gobiernos Locales tenemos una influencia directa en la salud de la población trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de los ciudadanos.

Es por ello que el grupo municipal de……..o el/la Concejal/a de…….

Presenta, para su debate y aprobación por el Pleno de la Corporación, la siguiente:

PROPUESTA DE ACUERDO

1. El Pleno de la Corporación aprueba la adhesión a la ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) y, en consecuencia que realizar una declaración institucional por parte del Alcalde dirigida a los ciudadanos donde se plasme el compromiso municipal de adhesión a la Estrategia.

2. Avanzar en la constitución de una mesa intersectorial en el municipio como instrumento de colaboración entre sectores para ganar salud en un marco de salud en todas las políticas.

3. Designado un/a coordinador/a _____ para la implementación local de la Estrategia, cuyos datos figuran en anexo a este documento.

4. Facilitar información de los recursos comunitarios disponibles para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que forman parte de la comunidad.

5. Que se realicen los trámites oportunos para la adhesión formal a la ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS), dando traslado de este acuerdo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a la Federación Española de Municipios y Provincias.

Datos del/la Coordinador/a designado/a para la implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) a nivel local

Entidad local	
Nombre y apellidos	
Cargo	
Dirección	
Código Postal	
Localidad	
Provincia	
Tamaño del municipio	
Teléfono	
Teléfono móvil	
Email	

ANEXO 4: Ficha de recogida de información de los recursos comunitarios, actividades y descripción de los campos

1. Ficha de recogida de recursos

Ficha de recogida de información de RECURSOS comunitarios identificados en la primera fase de adhesión

En naranja aparecen aquellos campos cuyo contenido no se hará público, sino que servirá para la recogida y el seguimiento de los recursos. La ficha y sus campos están protegidos y no pueden ser modificados.

Comunidad Autónoma		
Provincia		
Municipio		
Nombre del recurso		
Tipo de recurso		
Dirección		
Coordenadas GPS		
Teléfono		
Email		
Página web		
Tipo de titularidad		
Titular del recurso		
¿Por qué se ha seleccionado como recurso que mejora la salud?		
Breve descripción del recurso y/o servicios que ofrece para mejorar la salud *(máximo 700 caracteres sin espacio)*		
Gratuito		
Requisitos de uso		
Grupos de población a los que se dirige *(se pueden seleccionar varias opciones)*		Población general
		Infancia: 0-5 años
		Infancia: 6-11 años
		Adolescentes (12-17 años)
		Jóvenes (18-29 años)
		Adultos (30-64 años)
		Mayores de 64 años
		Embarazadas
		Otros
Factor o intervención que aborda *(se pueden seleccionar varias opciones)*		Alimentación
		Actividad física
		Alcohol
		Tabaco
		Bienestar emocional
		Parentalidad positiva
		Envejecimiento activo
		Otros

Datos administrativos del recurso comunitario

Persona responsable de la cumplimentación y actualización de la ficha	
Nombre y apellidos	
Email de contacto	
Teléfono/s	
Fecha de cumplimentación de la ficha	

Cuando el recurso descrito en esta ficha sea en sí mismo lo que se ofrece a la ciudadanía y no tenga actividades específicas, no será necesario rellenar ninguna pestaña de "Actividad". Pero si el recurso ofrece actividades, talleres, espacios dinamizados o servicios específicos relacionados con los factores/intervenciones contemplados en la Estrategia, se deberá cumplimentar una **ficha de "Actividad"** para cada uno.

Se rellenarán, por tanto, tantas hojas/pestañas como actividades, etc. ofrezca el recurso.

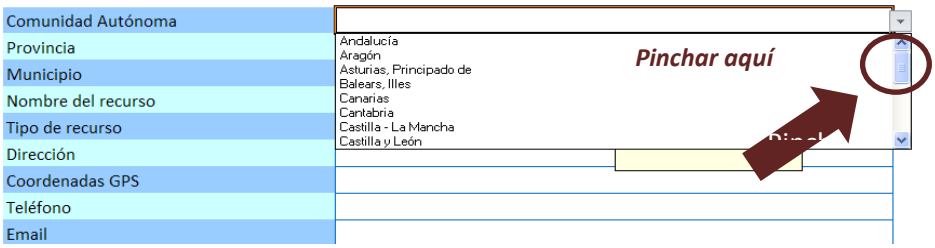
2. Ficha de recogida por actividad

Ficha de ACTIVIDAD para describir cada actividad/ taller/ espacio dinamizado/ servicio que ofrece el recurso

Número		1
Nombre de la actividad/taller/espacio dinamizado/ servicio…		
Grupos de población a los que se dirige *(se pueden seleccionar varias opciones)*		Población general
		Infancia: 0-5 años
		Infancia: 6-11 años
		Adolescentes (12-17 años)
		Jóvenes (18-29 años)
		Adultos (30-64 años)
		Mayores de 64 años
		Embarazadas
		Otros
Factor o intervención que aborda *(se pueden seleccionar varias opciones)*		Alimentación
		Actividad física
		Alcohol
		Tabaco
		Bienestar emocional
		Parentalidad positiva
		Envejecimiento activo
		Otros
Descripción de la actividad, taller, espacio dinamizado, servicio, etc. *(máximo 700 caracteres sin espacio)*		

3. Descripción de los campos de la ficha de recogida de información de los recursos comunitarios

Ficha de recogida de información de RECURSOS comunitarios identificados en la primera fase de adhesión

Campo	Descripción
Comunidad Autónoma	Este campo incluye una lista desplegable en la que debe seleccionarse la Comunidad Autónoma a la que pertenece el municipio en el que se encuentra el recurso. Para acceder a la lista desplegable pinchar en el espacio en blanco con el cursor y entonces aparece la pestaña desplegable: 
Provincia	Este campo incluye una lista desplegable en la que debe seleccionarse la Provincia a la que pertenece el municipio en el que se encuentra el recurso.
Municipio	Indicar el nombre del municipio en el que se encuentra el recurso.
Nombre del recurso	Indique el nombre completo del recurso[1]. (Ej. Polideportivo de…, Centro de Salud…, Asociación de Vecinos de…, Parque…, Centro de Mayores, etc.) [1]Un recurso comunitario es un bien o servicio que puede ser usado para mejorar la calidad de vida de las personas que forman una comunidad.
Tipo de recurso	Lista desplegable para seleccionar una de las seis opciones: Para el nivel 1 solo es necesario completar los Recursos de organizaciones, de asociaciones o físicos de un área. **1.** Recursos de organizaciones: marcar cuando se trate de organizaciones, instituciones o entidades que realizan o posibilitan acciones que mejoran la salud en relación con los factores/intervenciones abordados en la Estrategia (Alimentación, Actividad física, Alcohol, Tabaco, Bienestar emocional, Parentalidad positiva, Envejecimiento activo)

Ejemplos: un centro de salud, instituciones culturales que ofrecen espacios de ocio saludable, un polideportivo o una piscina municipal puesto que posibilitan realizar actividad física, un centro de mayores donde se desarrollan programas de actividad física, etc.

2. Recursos de asociaciones: marcar cuando se trate de una asociación, ya sea formal (grupos, asociaciones, voluntarios) o informal (redes informales de cuidadores, de práctica del deporte) que realiza o posibilita acciones que mejoran la salud en relación con los factores/intervenciones abordados en la Estrategia.

Ejemplos: Asociaciones sin ánimo de lucro con objetivos dirigidos a mejorar el bienestar de la población, asociación de vecinos de un barrio que organiza actividades para salir a caminar, organización no gubernamental de apoyo a personas con discapacidad, asociación de un barrio que organiza talleres de cómo comer más sano, etc.

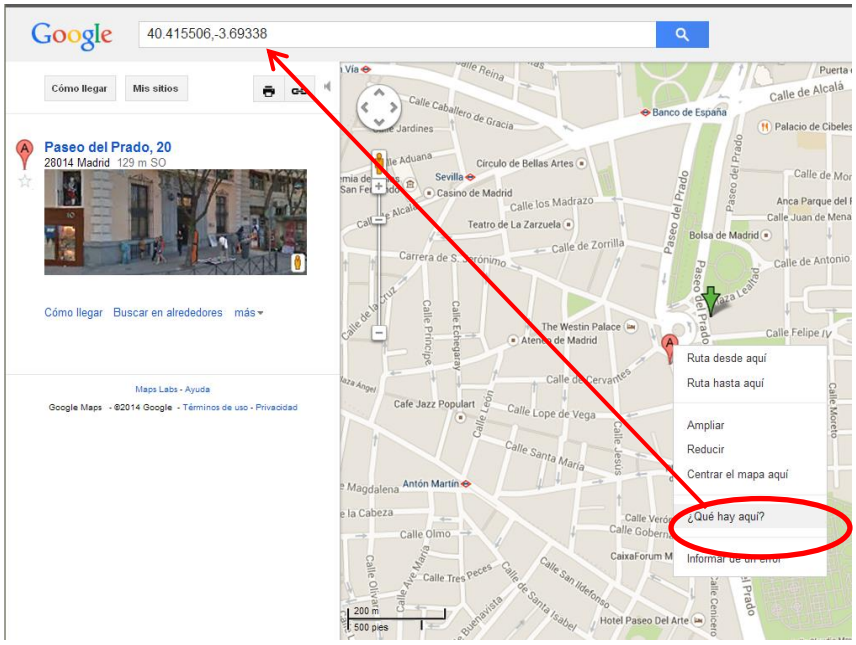
3. Recursos físicos de un área: marcar cuando se trate de espacios verdes, calles, calles peatonales, carriles bici, espacios naturales próximos, senderos, rutas, parques, transporte saludable.

Ejemplos: un parque, un bosque en las inmediaciones de un municipio, una cancha de baloncesto al aire libre, una ruta señalizada, servicio de bicicletas de una ciudad, etc.

4. Recursos económicos: marcar cuando se trate de negocios y comercios locales, que realizan actividades específicas que mejoran la salud de la población en relación con los factores/ intervenciones abordados en la Estrategia. Previo a la inclusión de estos recursos en el mapa es necesario un consenso de los criterios de inclusión por el grupo de trabajo que elabora esta guía.

5. Recursos culturales: marcar cuando se trate de recursos del mundo de la música, el teatro y el arte, u oportunidades para expresarse creativamente que mejoran la salud de la población en relación con los factores/ intervenciones abordados en la Estrategia. Previo a la inclusión de estos recursos en el mapa es necesario un consenso de los criterios de inclusión por el grupo de trabajo que elabora esta guía.

6. Recursos de los individuos: sus habilidades, conocimiento, redes, tiempo, intereses, etc. que puedan mejorar la salud de la población en relación con los factores/ intervenciones abordados en la Estrategia. Previo a la inclusión de estos recursos en el mapa es necesario un consenso de los criterios de inclusión por el grupo de trabajo que elabora esta guía.

Dirección	Indicar la dirección completa del recurso: tipo de vía, nombre de la vía, número, localidad, provincia y código postal.
Coordenadas GPS	Cumplimentar sólo cuando **NO** se disponga de todos los datos solicitados en el apartado anterior. Para representar el recurso geográficamente nos apoyaremos principalmente en el campo "Dirección" que contendrá su dirección exacta y completa; por tanto, sólo cuando la dirección sea incompleta (por ejemplo: por no tener número) se deberán facilitar en este campo las coordenadas GPS (preferiblemente en datum WGS.84, que es el mismo que utiliza Google map) para poder ser localizadas en el mapa. A modo informativo, indicar que las coordenadas se pueden obtener desde Google Maps, en el punto de localización, dando al botón derecho del ratón -> opción "¿qué hay aquí?". Estas coordenadas se mostrarán en el rectángulo de búsqueda y son las que deben facilitarse en este campo. 
Teléfono	Indicar el o los teléfonos a través de los cuales se pueda acceder al recurso u obtener información acerca del mismo. Y el horario de atención al público del mismo. *Ejemplo: 913333333 y 913333332. El horario de atención es de 8 de la mañana a las 15 horas en días laborables.*

Email	Indicar el email a través del cual se puede solicitar acceso o información acerca del recurso.
Página web	Poner el enlace web al apartado específico que más información reporte sobre el recurso y los servicios que ofrece (horario, requisitos, coste, etc.)
Tipo de titularidad	Lista desplegable para seleccionar el tipo de titularidad según las siguientes categorías: - Comunidad Autónoma - Diputación/ Cabildos/ Consejos Insulares - Ayuntamiento - Entidad sin ánimo de lucro - Otros
Titular del recurso	Indicar el nombre completo de la institución, organismo, entidad, etc. de la que depende el recurso. En algunos casos podría coincidir con el nombre del propio recurso. *Ejemplos:* *Recurso: polideportivo de… Titularidad: Ayuntamiento de..., Diputación de …* *Recurso: Asociación de mayores del barrio... Titularidad: Asociación de mayores del barrio, etc.*
¿Por qué se ha seleccionado como recurso que mejora la salud?	Indique el o los motivos por los cuales considera que este recurso es un recurso que realiza o posibilita acciones que mejoran la salud, en relación con los factores/intervenciones que se abordan en la Estrategia (Alimentación, Actividad física, Alcohol, Tabaco, Bienestar emocional, Parentalidad positiva, Envejecimiento activo)
Breve descripción del recurso para *mejorar la salud*	Describir de manera muy breve el recurso. Incluir las características de mayor interés para la ciudadanía, en concreto, el horario del recurso, especialmente si se puede utilizar en días laborales o de fin de semana, población a la que se dirige fundamentalmente, etc. El número máximo de caracteres sin espacios disponible es de 700. *Ejemplo:* *Parques para mayores: espacio verde que dispone de diferentes equipos de gimnasia especialmente dirigidos a mayores de 60 para mejorar la movilidad, aumentar la flexibilidad y tonificar la musculatura de todo el cuerpo… El acceso al parque es libre, y el horario de acceso al mismo es: de lunes a viernes de 8 horas de la mañana hasta las 20 horas y sábados y domingos de 8 horas de la mañana hasta las 24 horas.*

Gratuito	Desplegable: - Si - No (Especificar en el campo anterior “Breve descripción del recurso”, el link a la web donde se indica el coste o el teléfono donde informarse)
Requisitos de uso	Indicar si existe algún requisito o condicionante para la utilización del recurso o los servicios que se ofrecen. *Ejemplos:* *- Talleres de actividad física para embarazadas en polideportivo público: si por ejemplo es necesario estar empadronada en el municipio especificar "Necesario estar empadronada en el municipio"* *- Destinado a personas desempleadas, acreditar mediante tarjeta del INEM.*
Grupos de población a los que se dirige *(se pueden seleccionar varias opciones)*	- Población general (marcar si se dirige a todos los grupos especificados a continuación o especificar una o más opciones de las siguientes) - Infancia: 0-5 años - Infancia: 6-11 años - Adolescentes (12-17 años) - Jóvenes (18-29 años) - Adultos (30-64 años) - Mayores de 64 años - Embarazadas - Otros (Especificar en el campo “Breve descripción del recurso”, por ejemplo personas con discapacidad)
Factor o intervención que aborda *(se pueden seleccionar varias opciones)*	- Alimentación - Actividad física - Alcohol - Tabaco - Bienestar emocional - Parentalidad positiva - Envejecimiento activo - Otros (Especificar en el campo “Breve descripción del recurso”)

Datos administrativos del recurso comunitario

Los datos incluidos en este apartado no serán publicados en la web

Campo	Descripción
Persona responsable de la cumplimentación y actualización de la ficha	Se considera persona responsable a aquella designada para cumplimentar la ficha y con la que se contactará si existe alguna duda sobre la misma o cuando haya que actualizar la información. Indicar en los campos inferiores nombre y apellidos, email de contacto y algún teléfono de contacto de la persona que cumplimenta el registro.
Nombre y apellidos	
Email de contacto	
Teléfono/s	
Fecha de cumplimentación de la ficha	Indicar la fecha en la que se cumplimenta la ficha del recurso

Cuando el recurso descrito en esta ficha sea en sí mismo lo que se ofrece a la ciudadanía y no tenga actividades específicas, no será necesario rellenar ninguna pestaña de "Actividad".

Pero si el recurso ofrece actividades, talleres, espacios dinamizados o servicios específicos relacionados con los factores/intervenciones contemplados en la Estrategia, se deberá cumplimentar una **ficha de "Actividad"** para cada uno.

Se rellenarán, por tanto, tantas hojas/pestañas como actividades, etc. ofrezca el recurso.

Ficha de "ACTIVIDAD" para describir cada actividad/ taller/ espacio dinamizado/ servicio que ofrece el recurso

Si el recurso descrito anteriormente ofrece actividades, talleres, espacios dinamizados, servicios, etc. relacionados con los factores o intervenciones (Alimentación, Actividad física, Alcohol, Tabaco, Bienestar emocional, Parentalidad positiva, Envejecimiento activo) contemplados en la Estrategia, cumplimentar una hoja por cada "Actividad".

Estas actividades deben ser mantenidas en el tiempo realizándose, por ejemplo, varios meses al año o periódicamente y con intención de repetición. No deben reflejarse actividades excepcionales.

Es posible que un recurso no tenga actividades/talleres/espacios dinamizados/servicios específicos y por tanto que no precise rellenar esta pestaña. Porque el recurso en sí mismo sea lo que se ofrece a la ciudadanía y no tenga previstas actividades específicas.

Ejemplos:

- *Un centro de salud que no ofrezca actividades comunitarias de promoción y prevención de manera específica no tiene que rellenar ficha de actividad, sólo de recurso.*
- *Un centro de salud que ofrezca talleres para dejar de fumar (no de forma puntual sino periódicamente) debe rellenar una ficha de actividad.*
- *Un centro de mayores que ofrece un programa de actividad física, debe rellenar la ficha de recurso con la información del centro de mayores y la de actividad con la relativa al programa de actividad física.*
- *En el caso de un recurso físico, por ejemplo, un parque, se rellenará la ficha de recurso y sólo la de actividad si además incluye actividades específicas dinamizadas o si se organizan paseos de forma rutinaria (no puntualmente un día y sin previsión de repetición).*
- *Una ruta señalizada, una senda, un camino serían recursos físicos en sí mismos pero si están dinamizados, entonces deberá rellenarse una ficha de recurso donde se describa el recurso que ofrece esa dinamización, y la dinamización como una actividad del mismo en una hoja/pestaña aparte.*

Se introducirán y añadirán tantas fichas de ACTIVIDAD como actividades/talleres/espacios dinamizados/servicios se considere necesario valorando cuidadosamente que contribuyan a la mejora de la salud en relación con los factores/intervenciones abordados en la Estrategia.

Campo	Descripción
Número	Se indica el número de orden de la ficha actividad. Aparece por defecto por lo que no es necesario cumplimentar este campo.
Nombre de la actividad/taller/espacio dinamizado/ servicio…	Indique el nombre completo de la actividad, taller, servicio, etc. que se desarrolla en el recurso o espacio dinamizado con el que cuenta.
Grupos de población a los que se dirige *(se pueden seleccionar varias opciones)*	- Población general (marcar si se dirige a todos los grupos especificados a continuación o especificar una o más opciones de las siguientes) - Infancia: 0-5 años - Infancia: 6-11 años - Adolescentes (12-17 años) - Jóvenes (18-29 años) - Adultos (30-64 años) - Mayores de 64 años - Embarazadas - Otros (Especificar en el campo "Descripción de la actividad...", por ejemplo personas con discapacidad)
Factor o intervención que aborda *(se pueden seleccionar varias opciones)*	Alimentación Actividad física Alcohol Tabaco Bienestar emocional Parentalidad positiva Envejecimiento activo Otros (Especificar en el campo "Descripción de la actividad...")
Descripción de la actividad, taller, espacio dinamizado, servicio, etc.	En este espacio se deberá describir de manera muy breve en qué consiste la actividad e incluir los requisitos de participación (si los hubiera). Se deberá incluir aquella información que difiera de la señalada en la ficha de recurso del que depende: por ejemplo, la página web/teléfono/ubicación/coste específicos de la actividad, etc.

ANEXO 5: Herramientas útiles para la implementación local de la Estrategia

En este anexo se incluyen cuatro herramientas que pueden ayudar a analizar determinados aspectos de la intersectorialidad fundamentalmente en municipios que por su pertenencia a movimientos de ciudades saludables tienen experiencia y capacitación para su uso.

No se trata de una selección exhaustiva y el Grupo de Trabajo para el desarrollo local de la Estrategia que ha elaborado esta guía, seguirá seleccionando nuevas herramientas que se facilitarán a través del dossier de documentación para la adhesión que se facilita a los municipios o en el proceso de capacitación *"on line"* que se desarrollará a partir de enero de 2015.

1. Herramienta de cribado para la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) de políticas[14]

Nombre de la política:
Unidad/Departamento/Institución responsable:
Persona de contacto:
Cribado realizado por:
Fecha de cribado:

Datos generales de la política:

1. Objetivo:
2. Justificación:
3. Tipo de política:
    a. Políticas normativas:
        i. Ley
        ii. Real Decreto

[14] Desarrollo de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de políticas nacionales. Herramienta desarrollada por el Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el contexto de la *Equity Action*. Disponible en http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Herramienta_Cribado.pdf

iii. Presupuestos Generales de Estado
iv. Ordenanza
v. Otras (especificar):

b. Políticas no normativas:

i. Estrategia
ii. Plan
iii. Programa
iv. Actividad
v. Otras (especificar):

4. ¿El desarrollo de la política implica algún mecanismo de participación social? En caso afirmativo, ¿qué tipo de participación?

- Informativa
- Consultiva
- Participativa
- Colaborativa
- Empoderamiento

En caso afirmativo, ¿en qué fases del proceso de desarrollo de la política se incluye participación social?

- Diseño
- Implementación
- Evaluación

5. ¿El desarrollo de la política incluye acción intersectorial? En caso afirmativo, ¿qué tipo de acción?

- Información
- Cooperación
- Coordinación
- Integración
- Enfoque de Salud en Todas las Políticas

En caso afirmativo, ¿qué sectores participan?

En caso afirmativo, ¿en qué fases del proceso de desarrollo de la política se incluye acción intersectorial?

- Diseño
- Implementación
- Evaluación

6. Estado de la política:

a. Diseño técnico y formulación
b. En fases de aprobación

c. En implementación
d. En evaluación y reformulación

En el estado actual de desarrollo de la política, y a fin de mejorar su impacto en la ganancia y protección de la salud:

- ¿Es posible introducir cambios mayores?
- ¿Es posible introducir cambios menores?

Determinantes sociales de la salud que aborda la política

Basándose en el Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, identifique el impacto potencial que la política puede tener en los distintos determinantes[15].

Determinantes intermediarios	**Impacto potencial de la propuesta de política en estos determinantes**	
	Impacto*: **Desconocido o no claro (D/NC)** **Positivo, 3 grados: (+) (++) (+++)** **Efecto neutral (0)** **Negativo, 3 grados: (-) (- -) (- - -)**	**Grupos de población a los que afecta especialmente**
Circunstancias materiales		
Condiciones de la vivienda		
Condiciones del vecindario		
Condiciones ambientales: Zonas verdes Calidad del agua Energía Calidad del aire Ruido		
Acceso a compra de bienes básicos		
Transporte público		
Condiciones de trabajo físicas		
Factores psicosociales		
Estrés psicosocial		
Seguridad ciudadana		
Apoyo social y redes		
Conciliación de la vida familiar y laboral		
Estilos de vida		
Alimentación saludable		
Actividad física		
Tabaco		
Consumo de alcohol		

[15] Ver figura 9 del Anexo 2.

Consumo de otras drogas		
Prácticas sexuales seguras		
Sistema de Salud		
Disponibilidad de los servicios del sistema de salud		
Accesibilidad a los servicios del sistema de salud		
Aceptabilidad de los servicios del sistema de salud		
Cohesión social		

*Niveles de impacto (basados en evidencia y experiencia):

e. (+++) y (---): el impacto en este determinante es fuerte y relevante.
f. (++) y (--): tiene algún tipo de impacto en este determinante.
g. (+) y (-): es posible que tenga algún tipo de impacto en este determinante y requiere un análisis más en detalle.
h. Efecto neutral (0): no tiene impacto en este determinante.
i. Desconocido o no claro (U/NC): no se conoce o no está claro el impacto en este determinante.

Determinantes estructurales	**Impacto potencial de la propuesta de política en estos determinantes**	
	Impacto*: **Desconocido o no claro (D/NC)** **Positivo, 3 grados: (+) (++) (+++)** **Efecto neutral (0)** **Negativo, 3 grados: (-) (- -) (- - -)**	**Grupos de población a los que afecta especialmente**
Contexto socioeconómico y político		
Gobernanza		
Políticas macroeconómicas		
Políticas de trabajo		
Políticas sociales		
Políticas de salud		
Políticas de educación		
Cultura, normas y valores sociales		
Posición socioeconómica		
Educación		
Ocupación		
Ingresos		
Género		
Etnia		

*Niveles de impacto (basados en evidencia y experiencia):

a. (+++) y (---): el impacto en este determinante es fuerte y relevante.
b. (++) y (--): tiene algún tipo de impacto en este determinante.
c. (+) y (-): es posible que tenga algún tipo de impacto en este determinante y requiere un análisis más en detalle.
d. Efecto neutral (0): no tiene impacto en este determinante.
e. Desconocido o no claro (U/NC): no se conoce o no está claro el impacto en este determinante.

Población a la que la política afecta

¿Es una medida universal o selectiva?[16]

Grupos de población afectados de manera específica:

Infancia (0-12)	
Adolescentes (13-17)	
Jóvenes (18-30)	
Adultos (31-64)	
Tercera edad (>65)	
Mujeres	
Hombres	
Inmigrantes	
Grupos étnicos (especificar)	
Personas con nivel económico bajo	
Personas con nivel educativo bajo	
Personas con discapacidad	

¿Existen acciones específicas para los grupos en los que la propuesta de política puede afectar o beneficiar de manera específica?

Otras cuestiones

¿Esta política constituye un recurso para la salud?
¿Podrían tomarse acciones para que fuera más conocida y útil para la población?
¿Podría mejorarse su alcance poblacional?
¿Podrían mejorarse sus resultados?

Discusión y conclusiones

- *Discutir los resultados y sus limitaciones.*
- *Si procede, realizar recomendaciones preliminares para fortalecer el impacto positivo y minimizar el impacto negativo en salud de la propuesta de política.*

[16] Medida universal: Política dirigida a toda la población. Medida selectiva: política dirigida a un grupo/s específico/s de la población.

Bibliografía

- Aldasoro E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Zuazagoitia J, Cambra K. Screening process of regional policies in the Basque Country (Spain). 10th International HIA Conference (HIA '09), Rotterdam October 2009. Oral presentation. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/HIA09_basque_country.pdf
- Aldasoro E, Bacigalupe A, Esnaola S. Servicio de Estudios e Investigación. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Evaluación del impacto en salud del III Plan Vasco para la Inclusión Social (2011-15). Plan Vasco de Inclusión Activa; 2012. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/EIS_%20III%20Plan%20Vasco%20para%20la%20inclusi%C3%B3n%20social.pdf
- Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. Gac Sanit 2012; 26(1):83-90.
- Department of Health. Health Impact Assessment of Government Policy; 2010. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_120110.pdf
- Department of Health. Health Impact Assessment Tools; 2010. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_120106.pdf
- Institute of Public Health in Ireland: Health Impact Assessment: Screening for health impacts. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.publichealth.ie/whatishealthimpactassessment/hiamethodology
- Ison E. Resource for health impact assessment volume 1: the main resource. Commissioned by NHS Executive. 2000.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid; 2012. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
- Nilunger L, Elinder LS, Pettersson B. Health Impact Assessment: screening of Swedish governmental inquiries. Eurohealth 2002/2003, 8 (5): 30-32.
- Ravn AK, Nicolaisen H, Linnrose K, et al. Screening tool development for health impact assessment of large administrative structural changes. Scandinavian Journal of Public Health, 2008;36 (789-794).
- Vareda, G, den Broeder L, Penris M, Roscam EW. Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study. Policy Learning Curve Series, no 4. WHO-Europe; 2001.
- World Health Organization. HIA tools and methods: The HIA procedure. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/hia/tools/process/en/index.html
- WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

2. Checklist para analizar grados de intersectorialidad

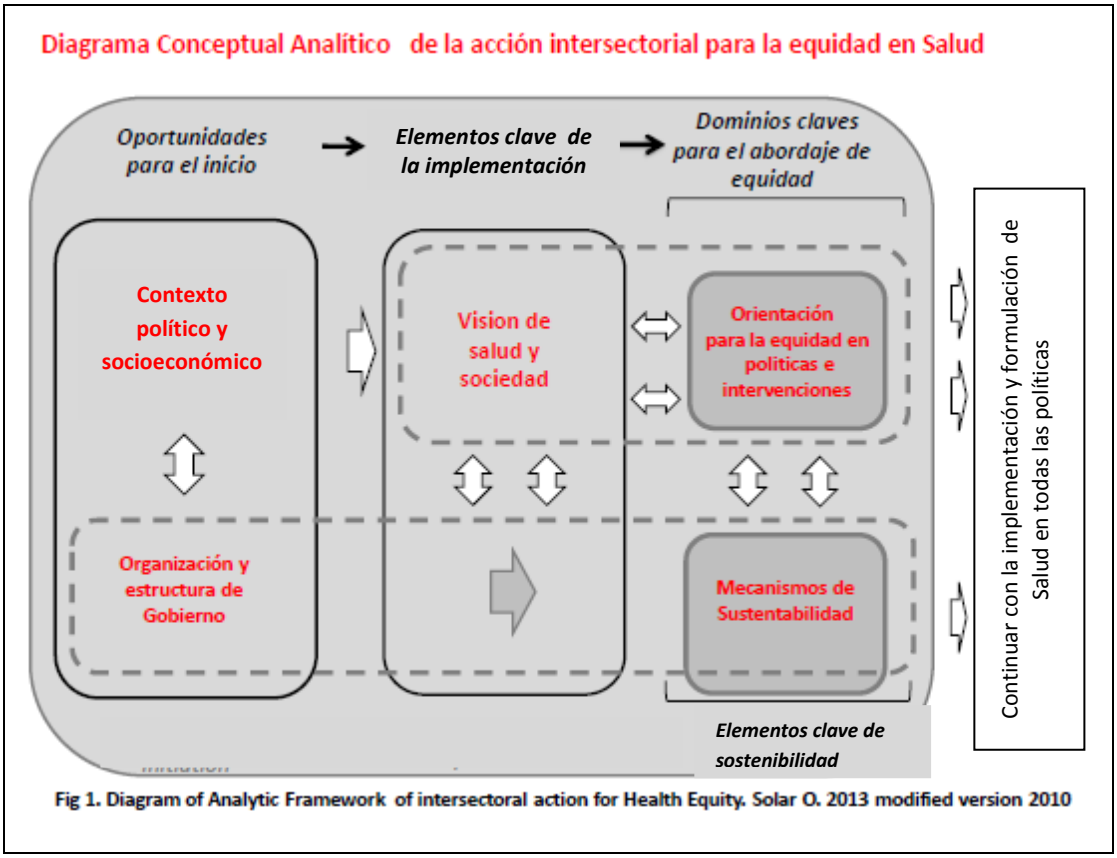
Area	Preguntas	Items	Grados de intersectorialidad			
			Infor	Coope	Coordi	Integ
MODO DE GESTION	¿Qué se comparte?	Comparten e Intercambian información	x	x	x	x
		Comparten actividades y recursos (Crosby 2005)		x	x	x
		Comparten poder y capacidades (Crosby 2005)			x	xx
		Comparten autoridad (Crosby 2005)				x
	¿Cuándo y cómo se da el trabajo conjunto ?	El trabajo conjunto es incidental o reactivo a algún problema o situación	x			
		EL trabajo conjunto deja de ser solo incidental o reactivo , sino que se traduce en acciones orientadas a problemas o prioridades comunes	x	xx		
		El trabajo conjunto se da principalmente en la implementación	x	xx		
		El trabajo conjunto está en el proceso de formulación, implementación y evaluación. Existiendo momentos e instancias específicas para ello. Por ejemplo , existe una planificación conjunta que se traduce en planes y presupuesto de cada sector, aunque no sea un plan único que integre todos los sectores		x	xx	x
		El trabajo conjunto está en el proceso de formulación, implementación y evaluación de trabajo a través del todo ciclo de la política, sin una instancias específica para ello , sino que dada la magnitud del mandato y su alto nivel político, las orientaciones son para el conjunto de los sectores más allá de los espacios formales de encuentro.				x
	¿Qué pasa con cada sector en ese trabajo conjunto?	El trabajo conjunto significa un ajuste de políticas y programas de cada sector.		x	xx	xxx
		Apunta a un trabajo más horizontal entre los sectores			x	x
		Hay pérdida de autonomía entre los sectores e interdependencia para el desarrollo del programa o política.			x	xx
PROPOSITO	Propósito u objetivo del trabajo conjunto	Busca la eficiencia de las acciones de cada sector		x	X	x
		Busca la eficacia de la acciones de cada sector			x	x
		Hay un objetivo social común, que no responde solamente a la necesidad particular de un sector, y que puede reorientar parte de sus actividades.			x	x
		Hay una objetivo social común, que se traduce en una nueva política (formulación, concepción y origen) que representa las necesidades del conjunto de los sectores involucrados.(la intersectorialidad se materializa en el nuevo diseño o contenido del programa o política)				x
		Hay un objetivo social común que se restringe a que los servicios o prestaciones de cada sector lleguen a un mismo grupo de personas, familias o territorios. (la intersectorialidad se materializa en la unidad de intervención misma)		xx	x	
MODO DE ORGANIZACION		Se crean nuevas estructuras formales para el trabajo conjunto	x	x	x	x
		Se utilizan las estructuras formales pre- existentes para el trabajo conjunto	x	x	x	x
		No se utilizan estructurales formales sino que se utilizan instancias informales o procesos para el trabajo conjunto, por ejemplos mesas de trabajo	x	x	x	
MODO DE FINANCIAMINETO	¿Cuál es el modo de financiamiento ?	Existe un presupuesto adicional y específico para el trabajo Intersectorialidad				x
		No existe un presupuesto específico para el trabajo intersectorial, solo es redistribución de recursos de cada sector	x	x	x	
		Existe una fuente de financiamiento central para las acciones comunes				x
		Cada sector aporta recursos a un fondo común para financiar las acciones comunes			x	x
		Cada sector aporta recursos para financiar las actividades comprometidas de su sector en esas acciones		x	x	

3. Marco analítico para la intersectorialidad en salud (15)

A nivel internacional se elaboró un marco para analizar el trabajo intersectorial en salud, de una manera sistemática y práctica. Este marco analítico puede ayudar a planificar políticas e intervenciones con un enfoque de Salud en Todas las Políticas, ya que cuenta con un checklist diagnóstico que ayuda a analizar las fortalezas y debilidades de los planes de implementación de intersectorialidad.

A su vez, este marco analítico tiene un enfoque explícito de equidad.

Figura 12: Diagrama Conceptual Analítico de la Acción Intersectorial para la Equidad en Salud



El marco analítico incluye cuatro etapas:

1. Oportunidades para el inicio
   Engloba el contexto en el que se quiere desarrollar el trabajo intersectorial:
   - Contexto nacional, regional y local. Este aspecto se ha comentado anteriormente en el Apartado 2 del Anexo 2, al hablar de la ventana de oportunidad. Incluye a su vez la organización y estructura del gobierno.
   - Influencia internacional.

2. Elementos clave de la implementación
   Incluye aspectos sobre quiénes son los actores y cuáles son sus funciones:
   - La visión de salud y sociedad que tiene el sector salud, los demás sectores y la población (ver Tabla 3 del Anexo 2).
   - Relaciones entre el sector de salud y el resto de sectores, siguiendo el diagrama y la explicación del Anexo 2 (ver Figura 10 del Anexo 2).

3. Dominios clave para el abordaje de equidad
   Describe aspectos que es importante conocer desde el punto de vista de equidad:
   - Punto de entrada en los determinantes sociales de la salud, según el marco de determinantes sociales de la salud (ver Figura 9 del Anexo 2).
   - Enfoque universal, es decir, políticas que van dirigidas a toda la población, o enfoque selectivo, es decir, políticas dirigidas a un grupo/s específico/s de la población.
   - Enfoque de gradiente: en equidad en salud, una política con enfoque de gradiente es aquella que reconoce que existe un deterioro progresivo de la salud según se desciende en la posición social, mostrando un gradiente a lo largo de toda la escala social; y por tanto sus objetivos son reducir las desigualdades en todo el gradiente social, no sólo focalizándose en el grupo más desfavorecido.

4. Elementos clave de sostenibilidad
   Analiza los aspectos relevantes para la sostenibilidad de la acción intersectorial:
   - Mecanismos existentes para influenciar y fortalecer las relaciones entre sectores.
   - Financiación de la implementación del trabajo intersectorial.
   - Herramientas de apoyo a la toma de decisiones.
   - Capacitación en conocimiento y habilidades para construir intersectorialidad.

Estos aspectos del marco analítico se pueden analizar de manera sistemática utilizando la siguiente herramienta.

4. Herramienta para analizar oportunidades y debilidades para la ampliación y el fortalecimiento del trabajo intersectorial (15)

Instrumento para identificar oportunidades y debilidades para la ampliación y el fortalecimiento del trabajo intersectorial				
	Criterios de intervenciones intersectoriales para la equidad en salud	Descripción	Casos STP*	Complete
Condiciones de inicio	Voluntad política para el desarrollo de STP	Sí	X	
		NO		
	Apertura a mandatos internacionales	Sí	X	
		NO		
	Estructura formal o informal para el encuentro y negociación entre los sectores	Sí	X	
		NO		
Aspectos claves para la implementación	Visión de salud predominante en el sector salud	Cercano a una visión social de la salud	X	
		Cercano a una visión de ausencia de enfermedad		
	Grados o intensidad de trabajo conjunto entre los sectores: Información – coordinación – cooperación - integración	Integración	X	
		Cooperación – coordinación	X	
		Informativa		
	Niveles administrativos de Gobierno involucrados	Todos los niveles de Gobierno	X	
		Solo nacional o federal		
		Solo a nivel local		
	Cómo es conceptualizada en el programa la participación social	Busca una participación representativa y transformadora	X	
		Participación Representativa	X	
		Participación solo nominal o instrumental		
		No existe canales de participación social		
Aspectos claves en el abordaje de la equidad (contenido o diseño de la intervención)	Acción intersectorial a través de todos los sectores de Gobierno	Todos los sectores	X	
		No todos los sectores pero incluye algunos sectores de mayor dificultad (área económica e industria)		
		No todos, solamente los win-win sectors, como los del ámbito social		
	Equidad es una meta u objetivo explícito de la intervención intersectorial	SI	X	
		NO		
	Principal enfoque de equidad utilizado	Gradiente – brechas	X	
		Grupos Vulnerables		
	Abordaje los Determinantes Sociales de la Salud	Se centra en temas estructurales o los incluye como aspectos central, es decir aborda intervenciones para la redistribución del poder (Determinantes Sociales estructurales)	X	
		Se centra en los temas de condiciones de vida y de trabajo (Determinantes Sociales intermediarios)	X	
		No los incluye o su mayor énfasis está en el acceso a los servicios		
		Se centra en los temas de acceso y factores de riesgo para la salud o enfermedades (Determinantes sociales downstream e intermediarios)		
		No los incluye o su mayor énfasis está en el acceso a los servicios		
	Aproximación de cobertura utilizada (Enfoque de Derecho)	Universal	X	
		Focalizada		
		Mixta (Universal proporcional o selectiva)	X	

	Criterios de intervenciones intersectoriales para la equidad en salud	Descripción		Casos STP*	Complete
Aspectos claves para la sustentabilidad	Mandatos, estructura, organización y presupuesto	Estructura formal o informal de trabajo	Sí	X	
			NO		
		Presupuesto integrado o recursos compartidos	Sí	X	
			NO		
	Herramientas o mecanismos para fortalecer el intercambio entre los sectores.	Información sólida para el análisis de equidad y para monitorizar y evaluar STP	Sí	X	
			NO		
		Uso de evaluación de impacto en salud con enfoque de equidad	Sí	X	
			NO		
	Conocimiento y habilidades de los interesados y funcionarios de los sectores	Personal con apropiado entrenamiento en salud pública y habilidades de negociación	Sí	X	
			NO		
		Un buen conocimiento de quehacer político y de la estructura existente para ello	Sí	X	
			NO		

**STP: Salud en Todas las Políticas*

Observaciones:

BIBLIOGRAFÍA

1) Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf

2) WHO Europe. Phase VI (2014-2018) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements. World Health Organization; 2013.

3) University of Kansas Work Group for Community Health and Development. (2007). Chapter 3 Assessing Community Needs and Resources. Lawrence, KS: University of Kansas.

4) Improvement and Development Agency. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being; 2010

5) Observatorio de Salud en Asturias. Asturias Actúa: Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción. Observatorio de Salud en Asturias; 2012.

6) NHS Wakefield District and Wakefield Metropolitan District Council. Growing Communities from the Inside Out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: Methods and Findings; 2010.

7) Botello B et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit 2013; 27(2):180-3.

8) Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health Educ Behav 1997;24 (3):369-87.

9) Hergenrather KC et al. Photovoice as a Community-Based Participatory Research: A Qualitative Review. Am J Health Behav 2009;33(6):686-698.

10) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid; 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf

11) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

12) Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization; 2010.

13) The Marmot Review. Fair Societies, Healthy Lives; 2010. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.instituteofhealthequity.org/Content/FileManager/pdf/fairsocietyhealthylives.pdf

14) Castell Florit-Serrate, P. La Intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. Horizonte Sanitario 2003; 2 (3): 64. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2003_sep_dic/hsv2n3_intersectorialidad_castell.pdf

15) World Health Organization. Implementing Health in All Policies. Demonstrating a Health in All Policies Analytic Framework for Learning From Experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. World Health Organization; 2013. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf?ua=1

16) World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June; 2013. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1

17) Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español.

18) World Health Organization Regional Office for Europe. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Baku, Azerbaijan, 12–15 September; 2011. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf

19) García Justicia G, Marzá Bataller MJ. Guía de Participación Ciudadana. Instrumentos de Participación Ciudadana. Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía, Dirección General de Ciudadanía e Integración, Área de Ciudadanía y Redes Sociales, Generalitat Valenciana; 2011.

20) Bernardini Zambrini D, Hill J, Arosquipa C, Hospedales J, Sotelo JM. Salud internacional y nuevas formas de asociación: el Diálogo Multipartito y el Foro de Socios. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(2) 144–7.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA CONSULTADOS

- Barton H, Tsourou C. Urbanisme et Sante. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants. Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable. World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf?ua=1
- Borrell C et al. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Proyectos Medea e Ineqcities; 2012.
- Chillon P, Evenson KR, Vaughn A, et al. A systematic review of interventions for promoting active transportation to school. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8:10.
- Cuadernos de trabajo Udalsarea 21, 2014. Salud y Desarrollo Urbano Sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.udalsarea21.net/Publicaciones/Ficha.aspx?IdMenu=892e375d-03bd-44a5-a281-f37a7cbf95dc&Cod=c7b41c06-c532-4925-a64b-06a248edcfc9
- Heath GW, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. Lancet 2012; 380: 272–81.
- Organización Mundial de la Salud. Intervenciones eficaces en materia de régimen alimentario y actividad física: informe resumido. Organización Mundial de la Salud; 2012.
- NHS London Healthy Urban Development Unit. Healthy Urban Planning Checklist. 2014. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/04/Healthy-Urban-Planning-Checklist-March-2014.pdf
- NICE Local Government Briefings: Behaviour Change. NICE; 2013
- NICE Local Government Briefings: Community engagement to improve health. NICE; 2014
- NICE Local Government Briefings: health inequalities and population health. NICE; 2012
- NICE Local Government Briefings: Physical activity. NICE; 2013
- NICE Local Government Briefings: Social and emotional wellbeing for children and young people. NICE; 2013
- NICE Local Government Briefings: Walking and cycling. NICE; 2013
- NICE Local Government Briefings: Alcohol. NICE; 2012
- NICE Local Government Briefings: Tobacco. NICE; 2012
- NICE. Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity. NICE Public Health Guidance; 2008. [acceso 09 de octubre

de 2014]. Disponible en: http://www.pedestrians-int.org/content/45/72008_ph.pdf

- NICE. Promoting physical activity, active play and sport for pre-school and school-age children and young people in family, pre-school, school and community settings. NICE Public Health Guidance; 2009. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH017Guidance.pdf
- NICE. Walking and cycling: local measures to promote walking and cycling as forms of travel or recreation. NICE Public Health Guidance; 2012. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/PH41
- Organización Mundial de la Salud. La salud en la economía verde. Sector del transporte: Conclusiones preliminaries: examen inicial. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/hia/hgebrief_tra_sp.pdf?ua=1
- Physical Activity Guidelines for Americans Midcourse Report Subcommittee of the President's Council on Fitness, Sports & Nutrition. Physical Activity Guidelines for Americans Midcourse Report: Strategies to Increase Physical Activity Among Youth. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2012. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.health.gov/paguidelines/midcourse/pag-mid-course-report-final.pdf
- Staunton CE, Hubsmith D, Kallins W. Promoting safe walking and biking to school: the Marin County success story. American Journal of Public Health, 2003, 93(9):1431–1434.
- World Health Organization. Social determinants of health sectoral briefing Series 3: Transport, Housing. Transport (road transport): shared interests in sustainable outcomes. WHO; 2011. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502580_eng.pdf
- World Health Organization Regional Office for Europe. Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. WHO; 2006.
- World Health Organization Regional Office for Europe. A Healthy City is an active city: a physical activity planning guide. WHO Europe; 2008. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/99975/E91883.pdf
- Geddes I, Allen J, Allen M, Morrisey L. The Marmot Review: implications for Spatial Planning. Disponible en: http://www.instituteofhealthequity.org/projects/nice-spatial-planning-and-health/nice-spatial-planning-and-health.pdf
- Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. Task group 4: The Built Environment and Health Inequalities. Final report 2009. [acceso 09 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.instituteofhealthequity.org/projects/built-environment-marmot-review-task-group-report/built-environment-task-group-full-report.pdf