



## **Pilotaje para el desarrollo de la acción local en salud Proyecto RELAS**



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

En definitiva, lo que se perseguía era facilitar herramientas para que las personas, en sus pueblos y ciudades, pudieran mejorar sus condiciones de vida mediante una estrategia local capaz de fortalecer las alianzas entre las autoridades locales, la comunidad y otros sectores, materializándolas en los **Planes locales de salud**.

La mayoría de las acciones de salud que se estaban desarrollando en el ámbito municipal no formaban parte de un proyecto conjunto, ni existía una red local para la participación, tampoco estaban estructuradas en un plan único integrado, ni se tenía una visión de eficiencia al no aunar los recursos existentes en el nivel local. Dentro de un mismo Ayuntamiento, en general, las concejalías no suelen compartir la visión conjunta de salud de su ciudadanía, por lo que cada una se planifica de forma compartimentada.

Hablar de acción local en salud es hablar de gobiernos locales, comunidades y territorios bajo la óptica de salud como un valor de calidad de vida, y esto significa un enfoque orientado más hacia las características que la determinan que hacia sus consecuencias: la enfermedad

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

En principio fue necesario concretar el diseño del Proyecto, quienes podía prestar apoyo en el territorio y en qué lugares ponerlo en marcha.

- ❖ En el mes de julio de 2007 se constituyó el **Grupo Director del Proyecto** (GD\_RELAS) compuesto por representantes del sector salud (de diferentes áreas) y de los gobiernos locales, coordinados desde la Secretaría General de Salud Pública y Participación.
  - El objetivo era muy claro: Hacer efectivos los objetivos de salud en el ámbito comunitario configurando un modelo de red local de beneficio mutuo.
  - Y la tarea muy concreta: diseñar un Proyecto piloto que contemplara diferentes realidades de los gobiernos locales que sirviera de soporte a una red local de salud, concretando los contenidos y la metodología.

**Debía quedar claro que:**

- *RELAS no nacía para atender las expectativas y demandas relacionadas con los servicios sanitarios y la organización asistencial.*
- *Era una herramienta más, que pretendía abrir un espacio de diálogo, colaboración, coordinación e incluso gestión conjunta con los GLL.*
- *No representaba un dispositivo nuevo del SSPA, sino un espacio de acción conjunta para los problemas de salud que implican a varios sectores, independientemente de otros planes y programas.*



- ❖ Conscientes de la limitación de recursos de muchos Ayuntamientos se contó en cada zona con el apoyo y asesoramiento de un/a **Técnico/a de Acción Local en Salud (TALS)** que, dependiendo de la Delegación Provincial de Salud ha actuado como un agente dinamizador con funciones de mediación, formando parte del Grupo de coordinación de la red local liderado por el Ayuntamiento.

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

- ❖ Ante la gran variabilidad municipal de Andalucía (770 ayuntamientos en 2008) el GD\_RELAS estableció una serie de criterios para la **selección de los gobiernos locales** (magnitud, configuración, rural, metropolitano, población inmigrante, dispersión...), teniendo en cuenta su experiencia previa de trabajo en salud pública.

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


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

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

## El Proyecto RELAS

Este proyecto nació con la misión de “aprender a hacer salud pública con los diferentes gobiernos locales”, de extraer información para dar respuesta a distintos aspectos organizativos y de gestión de los objetivos de salud en los gobiernos locales, con la finalidad de concretar una Estrategia de Acción Local en Salud para Andalucía.





**La Meta** era, desarrollar una red local de acción en salud para llevar a cabo objetivos de salud en el ámbito más próximo de la ciudadanía; con el **Objetivo** de desarrollar un proyecto piloto que sirviera de soporte al diseño de la Estrategia Local de Acción en Salud.

**Un requisito imprescindible:** *debía ser cada corporación local quien asumiera el liderazgo de la auténtica acción local en salud con una dimensión propia.*

## ¿Cómo se puso en marcha el proceso para centrar la acción en el ámbito de la salud pública?

### El Diagnóstico preliminar de salud del municipio

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

Desde el S<sup>v</sup> de Vigilancia Epidemiológica, en conexión con los Distritos de atención primaria (DAP) correspondientes se elaboró un **diagnóstico preliminar de salud del municipio** que contemplaba los principales problemas de salud y situaciones de riesgo de esa población así como de los activos en salud locales. El objetivo era proporcionar una visión general de la salud de la población a partir de los sistemas de información habituales de los servicios sanitarios; una visión de gran valor para trasladar a la corporación local la importancia y la necesidad de planificar las acciones locales en salud.

Pero esto era solo una visión con perspectiva sanitaria, una vez conformado el equipo local, se requiere un análisis más completo; un “análisis real” en el que se incorpore la información de otros sectores y agentes locales. El resultado es el perfil de salud municipal.

En la práctica esta fue una etapa dificultosa pero muy productiva en lo que respecta a la experiencia adquirida por los diferentes sectores implicados para acercarse a las realidades locales.

### Presentación del Proyecto al Gobierno Local.

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

Esta colaboración de los municipios se concretó en un **Convenio** entre la Delegación Provincial de Salud (DPS) y el Ayuntamiento, dándole así un soporte jurídico-normativo al Proyecto.



Paralelamente se pactó la concesión de una subvención, por parte de la Consejería de Salud, como medio para canalizar una pequeña ayuda económica destinada a la formación de la red y la elaboración del PLS. Fueron muchos los obstáculos para hacer factible esta financiación y dado que la acción local se fundamenta en una financiación mediante recursos compartidos es necesario identificar otras formas posibles de apoyar con recursos las acciones de salud pública en el territorio.

### Formación para el Pilotaje.

Era obvio que la puesta en marcha de un Proyecto de estas características requería una formación *ad hoc*, y que por la experiencia adquirida anteriormente en trabajos con otros sectores, debía ser conjunta, multidisciplinar e interdisciplinar: “conceptos y habilidades comunes para un proyecto común”.

Se llevó a cabo un período de **formación** en la EASP, en donde participaron representantes del Ayuntamiento, Delegación Provincial de Salud y Distrito Sanitario con el objeto de dotar a los/as participantes de una serie de conocimientos que facilitaran el abordaje y puesta en marcha del pilotaje, así como la posibilidad de establecer canales de comunicación entre las entidades implicadas. El proceso de formación finalizó con la elaboración de una hoja de ruta y de un cronograma de trabajo conjunto para cada localidad.

### Creación del Grupo Motor impulsor del Proyecto.


A partir del curso de formación se constituyó en el municipio, un Grupo Motor Inicial (GMI) como elemento clave para impulsar el desarrollo de RELAS: cada municipio debía formar un “equipo local”, elaborar su propio informe/perfil de salud, identificar sus problemas, ponderarlos y abordar la configuración de una red; teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para llevar a cabo su Plan Local de Salud.

Y además, contando con los agentes de mayor implicación en el territorio: educación, justicia, tráfico, servicios sociales, vivienda, comunicaciones, obras públicas, transporte, medio ambiente, trabajo y otros; todos ellos articulados de forma coordinada con la ciudadanía: organizaciones sociales, sector privado y ciudadanía no organizada.

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

En el caso de la Agrupación de Córdoba, que integraba 3 municipios para la realización de un plan común, la formación de un Grupo Motor conjunto no fue posible por las prioridades diferentes de cada uno de ellos, decidiendo que finalmente se realizaron 3 proyectos distintos, aunque con algunas actuaciones conjuntas que quizás no hubieran tenido lugar sin este proyecto en común.





Es muy complicado dar con modelos universales de grupo motor, porque cada territorio es diferente, sus actores políticos y administrativos, las relaciones entre ellos, los flujos de poder, etc. son totalmente distintos; pero una mala elección de los miembros supone un gran obstáculo en el proceso.

## La comunicación y difusión del Proyecto

Como preámbulo de las acciones a desarrollar en cada localidad, se planificó la difusión del evento como una estrategia de promoción, información y comunicación, mediante un Plan de comunicación.

**Esta es una de las lecciones aprendidas del proyecto** que, sin estar reflejado en su metodología de forma lo suficientemente clara y explícita, se ha considerado imprescindible para su desarrollo.

En esta andadura, la mayoría de los municipios han puesto en marcha estructuras formales a modo de **Consejo Local de Salud, Mesa Local de Salud, Comisión de Salud..**, como medio de fomentar la participación, el empoderamiento de la ciudadanía y el liderazgo de la Corporación Local.

## El Perfil de salud local y la identificación de problemas

El Perfil de salud local, es aquel que incorpora al Diagnóstico inicial o preliminar del sector salud, la información tanto cuali como cuantitativa de las aportaciones y sistemas de información de los otros sectores e instituciones de la localidad y nace de la interpretación conjunta, recogiendo las aportaciones de las instituciones y necesidades de la ciudadanía.

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

## Priorización de problemas

El paso siguiente era la **priorización de los problemas** mediante la aplicación de una metodología de selección, por consenso. Se constituyeron grupos de discusión, reuniones técnicas, entrevistas..., que trabajaron ponderando la importancia de los problemas y la factibilidad de su abordaje

Aunque desde todos los organismos, el Proyecto apuesta por la participación, se detectó cierta incertidumbre a la hora de incorporar a la ciudadanía y a sus organizaciones en la priorización de los problemas de salud.





## Creación de la Red Local de Acción en Salud.

Los grupos de trabajo, según la línea de trabajo priorizada, diseñaron respuestas y acciones encaminadas a la promoción, vigilancia y protección de la salud, así como a la prevención de las enfermedades. Su composición fue flexible y se formaron con personas de diferentes sectores.

La identificación de actores significó el inicio de un entramado en Red, que se fue consolidando conforme se avanzaba en el Proyecto: Unos la conformaron ya desde la presentación del Proyecto a otras Instituciones y a la ciudadanía; Otros crearon grupos de trabajo para cada problemas priorizado, teniendo como referente a algún miembro del Grupo Motor como; En otra localidad la fueron tejiendo a partir de la estrategia municipal diseñada por el GM y de ahí surgieron los grupos de trabajo.

## El Plan de acción

El conjunto de líneas estratégicas, los objetivos y las acciones a desarrollar a lo largo del plazo de vigencia establecido constituyen el plan de acción del PLS, una vez que el gobierno local las ha aprobado.

Esta etapa ha sido diversa en las diferentes localidades en cuanto a su vinculación a la red local y a la estructura y diseño del GM; aunque ha sido casi unánime en su aprobación y muy similar en la presentación y ejecución de actuaciones.

Se elaboró una recopilación de las principales acciones llevadas a cabo en el Proyecto, a modo de preámbulo del catálogo de acciones necesario para el desarrollo de la acción local en salud.

## Validación y aprobación del Plan

La validación y aprobación de los Planes se realizó por diferentes medios y colectivos. Una vez redactado y presentado a las diferentes redes de trabajo para sugerencias y/o modificaciones, se procedió (en la mayoría de los municipios) al trámite de su aprobación en pleno del Ayuntamiento y posteriormente, se realizó la presentación oficial del Plan a los profesionales de los grupos de trabajo y de otros sectores así como a la ciudadanía en general. Este hecho puso de manifiesto **el compromiso de la corporación ante la ciudadanía.**

## Su Seguimiento y evaluación

Puesto que el corto plazo marcado por el pilotaje no permitía evidenciar resultados en salud, es importante distinguir entre la evaluación del Proyecto RELAS y el seguimiento de los diferentes PLS.



- **En la Evaluación cualitativa del proceso** se recogió información relacionada con la metodología a seguir y esta se planteó como un análisis donde el elemento central ha sido el propio discurso de los protagonistas de esta iniciativa. Se realizó a partir de los diferentes informes de evaluación remitidos por cada Ayuntamiento (información procedente de las personas responsables técnicas y políticas de la localidad), elaborados con una estructura preestablecida, con el objetivo de trabajar con una metodología homogénea, prioritariamente cualitativa, de entrevistas a las personas que han participado en el mismo.

El **Informe Preliminar del Proyecto RELAS** se presentó en las IV Jornadas de Salud Pública de la Consejería de Salud, en diciembre de 2010.

- **La Valoración del seguimiento y evaluación de los PLS** se hizo a partir de la propuesta de indicadores de los mismos. Los grupos de trabajo valoraron el conjunto de actividades que han sido ejecutadas y los miembros del GM las supervisaron y evaluaron de forma integrada; los resultados de cobertura han sido favorables.

En general, la evaluación se ha centrado en los procesos de coordinación de los diferentes agentes, instituciones y actuaciones, por encima de la obtención de resultados concretos, mensurables en términos porcentuales. Es decir, una evaluación más centrada en el proceso que en los resultados.

Conforme iba avanzando el pilotaje en sus diferentes fases, se ha ido percibiendo la rentabilidad del Proyecto sobre todo desde el Gobierno Local, porque ha supuesto **un salto cualitativo en la gestión política de la salud en el municipio.**

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

