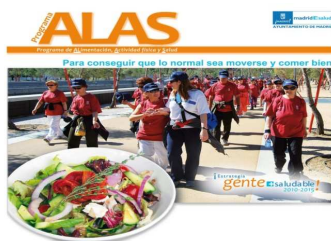


¡Estrategia gente saludable! 2010-2015!



http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/introduccion.php

Madrid, octubre de 2013

(Actualización de documento de 7 de junio de 2010)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN (Misión, visión, prioridades, estrategias).....	3
2. DESARROLLO PROGRAMÁTICO.....	6
3. LOS 9 PROGRAMAS MARCO.	8
4. OFERTA DE TALLERES Y GRUPOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	33
5. CRONOGRAMA EGS	40
6. EVALUACIÓN EGS.....	41

1. INTRODUCCIÓN

El ayuntamiento de Madrid, a través de su organismo autónomo Madrid salud, inició en 2008 una reorientación comunitaria de su red de centros, como centros especializados en prevención y promoción de la salud. Fue dejando atrás enfoques y servicios médico-clínicos y asistenciales, basados en la atención a la demanda y duplicados con la red regional asistencial, para centrarse en la promoción de una ciudad más saludable y equitativa, orientada especialmente hacia algunos riesgos y problemas de salud y sobre determinadas poblaciones diana.

Este proceso acabó por definirse como “Estrategia Gente saludable” y organizarse en nueve Programas marco y un plan quinquenal de desarrollo para el periodo 2010-2015. En este documento se describe la orientación estratégica de este proceso y las acciones y programas que se están desarrollando desde los centros en el periodo 2010-2015.

1.1. Estrategia Gente Saludable

La Estrategia Gente Saludable (EGS) es el compromiso del ayuntamiento de Madrid, hasta el final de la presente legislatura (2015), para avanzar en la prevención y la promoción de la salud de los madrileños. Este compromiso electoral e institucional se recoge en su Programa Operativo de Gobierno.

Algunas de las claves de esta estrategia son:

- 1. La salud en todas las políticas municipales.** Es decir, el mayor impacto en salud que pueden producir los ayuntamientos no se produce por decisiones que se tomen en el área de salud. En salud pública, hace tiempo que también sabemos que no basta con la información sino que hay que impulsar cambios en las ciudades que faciliten la adopción de formas de vida más saludable
- 2. La combinación de estrategias de alto riesgo con estrategias poblacionales.** Es decir, por una parte identificamos a los individuos que se sitúan por encima de un límite de un riesgo para intervenir sobre ellos (En el ejemplo de nuestro programa de alimentación, actividad física y salud, es la detección e intervención sobre prediabéticos). Pero por otra parte, solo interviniendo sobre el conjunto de la población y los determinantes de estos riesgos, podremos disminuir los mismos (Por ejemplo, favoreciendo la disminución del IMC medio de los madrileños, por cambios en sus pautas y oportunidades de alimentación sana y actividad física regular)
- 3. Equidad en salud.** Las estrategias poblacionales tienen el riesgo de no beneficiar a las poblaciones más vulnerables. En Madrid también hay diferencias significativas en la salud entre barrios y grupos sociales. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer tiene una diferencia de casi cuatro años entre residentes del distrito de Salamanca y los de Villa de Vallecas. Por ello, aunque enfocamos nuestra acción a toda la población, damos una cobertura especial a los barrios y grupos sociales más vulnerables.

4. La consideración del **territorio** (distrito y barrio) como la unidad de análisis e intervención en un proyecto de salud comunitaria con este. Aprovechan además las oportunidades de coordinación y alianza con los múltiples recursos educativos y socio-sanitarios presentes en los distritos y barrios.
5. El establecimiento de **alianzas** con socios claves y el valor del trabajo intersectorial. Desde la alianza estratégica con nuestro Área de Gobierno de Familia y Servicios sociales (que facilitado las sinergias con las Redes “distritales” de trabajadores sociales, agentes de igualdad, técnicos de educación, educadores sociales, centros mayores, agentes tutores, etc.), hasta con otras áreas de gobierno (Mediambiente, Deportes, Comercio, Participación ciudadana, etc), otras instituciones claves (especialmente, la Consejería de Sanidad) y con entidades ciudadanas, ONG’s, fundaciones y universidades.
6. La documentación (sistema de información) y **evaluación** de todas las acciones. Y su comunicación para incrementar el conocimiento (profesional y poblacional) sobre las herramientas y experiencias para la prevención y promoción de la salud
7. **La participación** ciudadana en los proyectos, incorporando continuamente a los mismos las demandas y necesidades expresadas por la población, y comunicando a la misma sus resultados.

La EGS es desarrollada desde los 16 Centros Madrid Salud (CMS) que dan cobertura a los 21 distritos de la ciudad. Las acciones de los CMS se apoyan y se complementan desde los centros monográficos y las unidades de apoyo del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud.

1.2. Misión de los CMS

Los CMS están orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en sus respectivos ámbitos territoriales. La red de CMS es una red de centros de salud pública y comunitaria, que definen sus objetivos y actuaciones por la especificidad de la población y el territorio de los distritos y barrios de la ciudad de Madrid.

1.3. Visión de los CMS

LOS CMS pretenden convertirse en una referencia de la promoción de la salud y de la salud ambiental de Madrid. Al final del proceso de reorientación iniciado, los CMS serán los centros de referencia de salud pública de los distritos de la ciudad de Madrid, tanto por su conocimiento sobre los problemas de salud y sus determinantes sociales en su ámbito comunitario, como por sus programas y acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud ambiental.

Serán centros de referencia en formación práctica e investigación aplicada para salubristas y profesionales socio-sanitarios. Podrán formar parte de la red de vigilancia de salud pública de la Comunidad de Madrid (CM). Ejercerán un liderazgo en la promoción de espacios de encuentro y coordinación intersectorial en salud. Tendrán una relación consolidada con las redes sociales del distrito y un prestigio como elemento positivo para la salud y la cohesión

social del barrio. La población los discriminará claramente del resto de estructuras sanitarias asistenciales y los valorará por su independencia, profesionalidad y actitud en defensa de la salud pública en momentos críticos de la historia del barrio y en la vida cotidiana.

1.4. Problemas de salud de abordaje prioritario

Teniendo en cuenta nuestros recursos y nuestra capacidad de cobertura poblacional, así como los múltiples problemas de salud presentes en la sociedad madrileña, se ha definido un número limitado de problemas de salud de atención prioritaria. Ello además nos facilitará la evaluación de nuestras acciones y la mayor eficacia de las mismas.

Problemas de salud de abordaje prioritario

- La obesidad, la inactividad física y la diabetes (que a su vez favorecen otras enfermedades como las cardiovasculares).
- Tabaquismo.
- Ansiedad, estrés, maltrato y violencia en diferentes ámbitos (doméstico, educativo, laboral etc.) y en estadios críticos del proceso vital (maternidad, infancia, adolescencia, vejez, etc.).
- Embarazo no planificado y maternidad temprana en adolescentes y jóvenes.
- Los problemas asociados a la sexualidad (infecciones de transmisión sexual, discriminación y violencia sexual y de género, etc.)
- Problemas de salud del anciano con mayor potencial de discapacidad y dependencia.
- Medio urbano (físico y social) insalubre.
- Problemas específicos del ámbito comunitario y distrital de cada CMS.

1.5. Orientación de las acciones de promoción y prevención

Los CMS están orientando sus programas y acciones hacia:

1. El trabajo en equipo, interprofesional e interdisciplinario.
2. El conocimiento y análisis continuo de los problemas y las oportunidades de salud del distrito.
3. La eliminación de barreras sociales y culturales de acceso a los centros y servicios.
4. La atención prioritaria a las zonas y los grupos sociales con mayores necesidades de salud.
5. El trabajo por programas, es decir, la fijación de objetivos de acción sobre los problemas y la evaluación de estas acciones.
6. El trabajo intersectorial y socio-sanitario. En este sentido se priorizará:
 - La coordinación con los servicios sociales, de igualdad, de prevención de adicciones, educativos, medioambientales y otros de especial relevancia del distrito.
 - La coordinación con las redes sociales presentes en el distrito (ONG's, asociaciones de vecinos e inmigrantes, AMPAS...).
 - La coordinación con los servicios de salud pública y atención primaria de la CM.
 - El fomento de espacios de encuentro, coordinación y sinergias interinstitucionales y con las redes sociales del distrito.

- El trabajo en el ámbito educativo (especialmente, en la comunidad educativa) y en los centros de mayores y en los de atención social a las mujeres.
- 7. El desarrollo comunitario, en el que los CMS serán un recurso profesional ofrecido a la comunidad para enfrentarse de forma autónoma a los problemas del barrio.

2. DESARROLLO PROGRAMÁTICO

El desarrollo programático de esta estrategia se hace con tres marcos organizativos:

- los programas marco del servicio.
- los proyectos de centro.
- los programas específicos de centro.

2.1. Programas marco

- Llamaremos así a las áreas de trabajo para el abordaje de los problemas de salud considerados prioritarios y comunes a todos los distritos.

Los **programas marco** son:

1. Alimentación, actividad física y salud.
2. Salud sexual y reproductiva.
3. Prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo.
4. Envejecimiento activo y saludable.
5. Salud materno-infantil.
6. Prevención y control del tabaquismo.
7. Prevención y promoción de salud mental o Psicohigiene.
8. Desigualdades sociales en salud.
9. Entorno urbano y salud.

2.2. Proyectos de centro

Llamamos así al compromiso de trabajo y la definición de las prioridades establecidas por cada CMS, en función de los problemas y las necesidades específicas de salud de su distrito y de las potencialidades y motivaciones de los equipos.

2.3. Programas específicos de centro

Llamamos así a los programas de salud establecidos en cada centro para el abordaje de los problemas de salud específicos del distrito. Pueden ser:

- La adaptación y desarrollo de los programas marco al centro y distrito.
- Los programas no contemplados en los programas marco, pero que dan respuesta a problemas de salud específicos del distrito.

En la definición de los proyectos de centro y sus correspondientes programas específicos, se tendrá en cuenta la siguiente **jerarquización de los programas marco** en tres grupos:

I. De desarrollo común en todos los centros:

- Programa marco de alimentación y actividad física.
- Programa marco de salud sexual y reproductiva.
- Programa marco de prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo.

II. De desarrollo opcional, en función de las características sociodemográficas del distrito y de las prioridades de los centros:

- Programa marco de envejecimiento activo y saludable.
- Programa marco de salud materno-infantil.
- Programa marco de prevención y control del tabaquismo.

III. De índole transversal (su objetivo es desarrollar en cada uno de los programas anteriores los contenidos relacionados con los determinantes sociales, psicológicos, urbanísticos y medioambientales de los riesgos y problemas de salud a abordar)

- Programa marco de desigualdades sociales en salud.
- Programa marco de psicohigiene.
- Programa marco de entorno urbano y salud.

3. LOS 9 PROGRAMAS MARCO

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD (ALAS)

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación inadecuada y el sedentarismo son los dos factores de riesgo con mayor influencia sobre el sobrepeso y la obesidad.

La obesidad es considerada una epidemia global, con grandes repercusiones en la salud de los ciudadanos, actúa como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, otras enfermedades y, de manera muy especial, tiene un gran impacto en la aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

El programa ALAS es una adaptación de la Estrategia Mundial de Alimentación y Actividad Física de la OMS y de la Estrategia NAOS del Ministerio Español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El objetivo general del programa es fomentar hábitos saludables en la población de la ciudad de Madrid, favoreciendo la alimentación sana y la actividad física regular. Se propone conseguirlo actuando desde una doble estrategia, poblacional y de alto riesgo.

2. ESTRATEGIA POBLACIONAL

Dirigida a disminuir el IMC medio de la población madrileña. El programa propone actuar sobre las personas, **con actividades comunitarias y grupales de sensibilización, información y formación** y, entendiendo que el entorno físico y social es generador de salud y enfermedad, propone actuar sobre dicho entorno, **abordando los aspectos ambientales y sociales del mismo** que le hagan favorable para la toma de decisiones de los individuos. Y propone hacerlo trabajando **de forma coordinada con todos los organismos con responsabilidad sobre dicho entorno**.

2.1. Actividades de difusión y sensibilización/información/formación

Para abordarlas se han diseñado varios tipos de herramientas: unas, de divulgación general como el tríptico, la presentación del programa o la página web, y otras, como el aula ALAS o el taller ALAS, estructuradas en forma de taller para trabajar con grupos, más o menos grandes, de población general. En todas las actividades se realiza el test de Findrisc como herramienta de promoción de salud y como instrumento de captación de población de riesgo.

2.1.1. Página web

En ella se encuentra información sobre el programa y tres interactivos: ¿Te nutres correctamente?-Nutralizer 2000, Termómetros de salud, Caminar es saludable.

2.1.2. Aula ALAS y Taller ALAS

Ambas herramientas pretenden promover en la población general el interés por la alimentación y la actividad física como elementos que condicionan la salud-enfermedad y, por tanto, el bienestar de las personas. Pretende estimular la reflexión sobre los actuales hábitos alimentarios y de actividad física y transmitir la idea de que se pueden cambiar cuando no son adecuados.

Comparten objetivos y método, se diferencian en la duración, en la profundización con que se tratan los temas y el tamaño del grupo.

El Aula ALAS, se ha diseñado con una única sesión de dos horas y media de duración para un nivel de sensibilización/información y, por tanto, el grupo puede ser amplio, de hasta 30-40 personas.

El Taller ALAS, se ha diseñado con tres sesiones de dos horas de duración cada una para un nivel de información/formación, y el grupo debe ser más pequeño, de 15-20 personas.

2.2. Actividades de facilitación del acceso a opciones saludables

Como propone la Estrategia NAOS, con su auspicio y buscando alianzas con todos los organismos implicados, se pretende intervenir sobre la cadena alimentaria - composición de los alimentos, etiquetado, distribución, restauración, publicidad, ...-, así como sobre los entornos para hacer más fácil realizar mayores niveles de actividad física en la vida cotidiana -campañas en metro y autobús, espacios públicos para caminar y realizar ejercicio (aparatos, circuitos), rutas culturales a pie en la ciudad, rutas seguras a pie para escolares, carriles bici, ...-

3. ESTRATEGIA DE ALTO RIESGO

El programa, en su estrategia de alto riesgo, tiene como objetivo intervenir en las personas con diferente grado de riesgo derivado de una alimentación inadecuada y del sedentarismo. Se definen dos grupos para aplicar esta estrategia, grupo de alto riesgo de desarrollar diabetes y grupo de riesgo por sobrepeso/obesidad.

3.1. Grupo de alto riesgo de diabetes mellitus tipo 2

Es aquel que tiene mayor probabilidad de desarrollar diabetes en el futuro por presentar estados intermedios de alteración en la regulación del metabolismo hidrocarbonado, lo que incluye: glucemia alterada en ayunas, intolerancia a la glucosa o ambos (estados también denominados prediabetes o alteración en la regulación de la glucosa). El programa propone identificar e intervenir sobre este grupo de alto riesgo que, por ello, se beneficiará en mayor medida de la intervención, resultando ésta más efectiva. La estrategia va dirigida a disminuir la incidencia de DM2.

Se ha podido comprobar que la modificación de los estilos de vida inadecuados previene la diabetes de forma eficaz, en población de alto riesgo se ha observado una reducción media de un 50% de la aparición de DM2. El efecto beneficioso de la intervención sobre los hábitos de vida persiste mucho tiempo después de su interrupción.

3.2. Grupo de riesgo por sobrepeso/obesidad

Se incluye a las personas con alguno de los siguientes criterios: Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 ; IMC entre 27 y 29 más un perímetro abdominal mayor de 88 cm. en la mujer o mayor de 102 cm. en el hombre; Test de Findrisc ≥ 15 con Normogluemia más IMC ≥ 27 . La estrategia va dirigida a disminuir la prevalencia de sobrepeso/obesidad y el riesgo de padecer las enfermedades relacionadas.

3.3. Fases de la estrategia

3.3.1. Detección de la población de riesgo

Primer paso: Conocer el riesgo de padecer DM2 en los próximos 10 años, para ello se utiliza el test de Findrisc. Se aplica desde los 35 años en adelante, la puntuación total clasifica a las personas en un nivel de riesgo: bajo, moderado, alto y muy alto de desarrollar DM2. Una puntuación igual o mayor de 15 puntos se considera de riesgo alto. Se utiliza en todas las actividades poblacionales, de difusión y sensibilización/información/formación o en las actividades individuales en la consulta.

El programa plantea una búsqueda activa de personas en el grupo de 50 a 69 años por ser en el que el rendimiento de las pruebas de detección y la intervención es más alto, por la alta prevalencia del riesgo y la mayor efectividad de la intervención en este grupo de edad.

Si la edad es inferior a 35 años o la puntuación del test de Findrisc es inferior a 15 puntos se aplica el criterio de IMC más perímetro abdominal.

Segundo paso: Conocer el estado del metabolismo hidrocarbonado, mediante el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG). Se realiza a las personas con una puntuación en el test de Findrisc igual o mayor de 15 puntos. Con esta prueba se las clasifica en normoglucémicos, personas con Glucemia Alterada en Ayunas (GAA) y/o Intolerancia a la Glucosa (IG) o diabéticos, según los criterios de la ADA 2003.

Tercer paso: Ofrecer una intervención específica a cada situación:

- **Taller de educación para la salud Para el Control de la Obesidad y el Sobrepeso (PCOS):** a las personas que cumplen los criterios definidos de IMC más perímetro abdominal y a las que tienen un TF ≥ 15 con TTOG normal.
- **Taller de educación para la salud para personas con Alto Riesgo de Diabetes (ARDi):** a las personas con GAA y/o IG según los criterios de la ADA.
- **Educación diabetológica:** a las personas con DM2 no conocida se les ofrece este taller en nuestra Unidad de Diabetes y se les deriva a su médico de cabecera.

Resumen del procedimiento

- Realizar Test de Findrisc si edad ≥ 35 años, **captación activa de 50 a 69 años.**
- Aplicar criterio de IMC:
 - Si edad < 35 años
 - Cualquier otra edad con Test de Findrisc < 15
- Realizar Test de Tolerancia Oral a la Glucosa si TF ≥ 15

3.3.2. Intervención

La consecución de cambios conductuales en los estilos de vida no es fácil, por lo que la intervención ha de ser intensiva y si es posible con abordaje individual y grupal, incluyendo técnicas cognitivo conductuales, discusión grupal y de aprendizaje significativo y llevada a cabo por un equipo multidisciplinar.

Así, al grupo identificado como alto riesgo de diabetes o con sobrepeso/obesidad se le oferta una atención individual y una intervención intensiva mediante una actividad grupal en forma de taller.

3.3.2.1. Atención en consulta

Se realiza el test de Findrisc o se verifica el resultado si lo aportan, se pesa, se talla, se calcula el IMC y se mide el perímetro abdominal, se solicita el TTOG y según el resultado de estas variables se realiza la clasificación. En caso de cumplir los criterios de intervención se realiza una historia clínica y exploración física dirigidas: datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales, historia de peso, Cuestionario de Adhesión a la Dieta Mediterránea, Cuestionario Internacional de Actividad Física, TA, Gasto energético total. Pruebas complementarias: estudio de lípidos.

3.3.2.2. Taller de Educación para la Salud para ARDI

Objetivos específicos del taller

- Aumentar 2 puntos, al menos, la puntuación del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.
- Realizar 30 minutos de actividad física moderada, al menos cinco días a la semana.
- Disminuir el 5-10% del peso en seis meses, en caso de sobrepeso u obesidad.

Características del taller

Diez sesiones de dos horas cada una, a lo largo de 6 meses. Las seis primeras sesiones son semanales y luego se espacian entre dos y seis semanas. Los contenidos abordan la alimentación y nutrición, actividad física y cambio de hábitos. El número de participantes es entre 10 y 15 y dos profesionales como conductores de la actividad.

Una sesión tipo incluye:

- Revisión de tareas y del cumplimiento compromisos. Dificultades. Dudas.
- Tabla de estiramientos musculares.
- Contenido propia de cada sesión.
- Tarea y compromisos para la siguiente sesión.

Metodología

Modelo de Salud: Modelo biopsicosocial y de desarrollo personal y social.

Modelo Educativo: Pedagogía activa (con participación del que se educa), integradora e inductiva (se parte de su experiencia). Aprendizaje significativo.

3.3.2.3. Taller de Educación para la Salud PCOS

Objetivos Específicos del taller

- Aumentar 2 puntos, al menos, la puntuación del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.
- Realizar 30 minutos de actividad física moderada, al menos cinco días a la semana.
- Disminuir el 5-10% del peso en seis meses, en caso de sobrepeso u obesidad.

Características del taller

Seis sesiones de dos horas cada una, a lo largo de 2 meses. Las cuatro primeras son semanales y el resto cada dos semanas. El resto de características, -contenidos, número de participantes, número de profesionales y sesión tipo-, así como la metodología empleada son semejantes a las descritas en el taller ARDI.

EVALUACIÓN

Se evalúa el proceso, número y tipo de actividades comunitarias y grupales, ya sean de difusión, sensibilización, información o formación y los test de Findrisc realizados en las mismas, número y objetivos de los contactos establecidos, los proyectos, compartidos o no, iniciados y su seguimiento, los convenios de colaboración establecidos y su desarrollo y los test de Findrisc realizados en cualquiera de estas actividades.

Se evalúan los parámetros que miden los objetivos de los talleres:

- Peso
- Actividad física: Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)
- Alimentación: Cuestionario Adhesión Dieta Mediterránea, 14 ítem

Y también otros parámetros: IMC, Perímetro abdominal, Tensión arterial. En las personas con ARDI: test de tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glicosilada, colesterol, LDL-colesterol, HDL-colesterol, VLDL-colesterol y triglicéridos.

Momentos de la evaluación

Taller de EpS para ARDi:

- **Mes 0:** Evaluación pre: antes de iniciar el taller
- **Mes 6:** Evaluación fin de taller
- **Mes 12:** Evaluación a los 6 meses del fin del taller
- **Mes 24:** Evaluación a los 18 meses del fin del taller.

Taller de EpS PCOS:

- **Mes 0:** Evaluación pre: antes de iniciar el taller
- **Mes 2:** Evaluación fin de taller
- **Mes 6:** Evaluación a los 4 meses del fin del taller
- **Mes 12:** Evaluación a los 10 meses del fin del taller

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) siguiendo los criterios de la Organización Mundial de Salud (OMS) supone conseguir un estado de bienestar físico, emocional y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. Esto supone la posibilidad de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos.

El programa de Salud Sexual y Reproductiva recoge el mandato de Naciones Unidas del derecho de todas las personas a desarrollar y disfrutar de su sexualidad sin coerciones ni violencias, de forma libre y responsable. Para ello es imprescindible incorporar la **educación** sexual para la salud comunitaria, **información** necesaria y suficiente para que las personas puedan tomar decisiones que afectan a su salud sexual y reproductiva y acceso a los medios necesarios para llevar a cabo tales decisiones.

Por lo que este Programa se subdivide en dos subprogramas muy interrelacionados entre sí: Subprograma de Salud Sexual y Subprograma de Salud Reproductiva.

El objetivo de este programa es prevenir los embarazos no planificados, promover la salud sexual y prevenir los problemas asociados a la sexualidad (ITS, disfunciones sexuales, discriminación y violencia sexual y de género, etc.)

Se considera como población diana preferente a los y las adolescentes, jóvenes y personas en edad fértil en vulnerabilidad social (derivadas de Servicios Sociales, Salud Mental, pediatría, etc.)

Está compuesto por:

1. ACTIVIDAD INDIVIDUAL:

- **Consultas de Planificación Familiar.**
 - Informar, orientar y facilitar el acceso al método anticonceptivo más adecuado a las necesidades de cada usuario/a.
 - Seguimiento y revisión de los métodos anticonceptivos instaurados, (DIU, Anticoncepción hormonal) y derivación para métodos de esterilización.
 - Atención inmediata a demanda de poscoital.
 - Información y orientación según marco legislativo a las demandas de IVE.
- **Consultas de Consejo de VIH.**
 - Información y orientación en demandas relativas a Infección VIH y otras ITS.
 - Facilitación del diagnóstico precoz mediante test rápidos y serología con instauración rápida de tratamiento de ITS, especialmente en poblaciones de riesgo y derivación para evaluación y tratamiento de las personas en las que se ha detectado serología positiva para VIH.
- **Asesoría Sexual.**
 - Espacio-consulta para detectar, tratar y derivar aquellas necesidades que sobre sexualidad puedan presentar la población con la que trabajamos.

- La consulta de asesoría sexual está dirigida a la población que acude al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a sus parejas y familias en aras a resolver un conflicto puntual, tomar decisiones y aclarar dudas.
- También a los y las profesionales (docentes y sanitarios) que realizan tareas de promoción de salud a fin de aclarar las dudas sobre dificultades que concurren entorno la salud sexual de las personas con las que trabajan (adolescentes, personas con diversas discapacidades, etc.).
- Derivación a consulta de Disfunciones Sexuales.

2. ACTIVIDAD GRUPAL:

- **Educación para la Salud.**

En ámbito educativo formal, en espacios informales y con grupos que pertenecen a los definidos en nuestra población diana y preferente:

- Grupos para abordar el conocimiento de la sexualidad como un bien preciso para el desarrollo de la salud.
- Grupos de para información y orientación en anticoncepción.
- Grupos para información orientación y prevención de ITS.

- **Formación para mediadores sociales y profesionales.**

3. ACTIVIDAD COMUNITARIA:

- Trabajo comunitario con grupos de voluntariado y otros agentes comunitarios que tienen acceso a la población infantil y juvenil o a la población con riesgo de ITS.
- Participación en proyectos comunitarios en contenidos recogidos en nuestro Programa.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

El Programa de Prevención y Promoción de la Salud en el Ámbito Educativo pretende apoyar a la comunidad educativa en la prevención y promoción de la salud desde un enfoque integral, basado en la coordinación con los recursos socio-sanitarios y educativos del distrito y en la utilización de espacios formales y no formales como oportunidad para la equidad y el desarrollo del alumnado.

El objetivo del programa es conseguir un nivel óptimo de salud física, emocional y social en todos los grupos que constituyen el conjunto de la comunidad educativa (personal docente y no docente, alumnado y familias) y la prevención de las enfermedades, discapacidad y mortalidad evitables y atribuibles a comportamientos y situaciones de riesgo que se inician y pueden producirse en edades tempranas de la vida de las personas:

- Favoreciendo la participación activa de la comunidad escolar en la promoción de la salud.
- Creando espacios de reflexión.
- Apoyando a las familias y profesorado en su tarea educativa.
- Facilitando la promoción de estilos y hábitos de vida saludable.
- Favoreciendo la coordinación y el trabajo en equipo con los recursos e instituciones socio-sanitarias que actúan en el ámbito educativo de cada distrito, la creación y/o participación en proyectos comunitarios cuyo objetivo sea el trabajo con los adolescentes tanto en espacios formales del ámbito educativo como en los no formales, así como la participación en mesas y otros espacios de coordinación estable.

El programa define como población diana:

- Educación formal: centros docentes del municipio de Madrid de todo el ciclo educativo, y dentro de ellos: alumnos, personal docente y no docente, padres y personas responsables de los alumnos.
- Educación no formal: aquellas instituciones, asociaciones, ONG, que desarrollen un proyecto educativo con un grupo de población, independientemente de la edad de los mismos.

Se prioriza la atención a los centros educativos públicos (sobre los privados o concertados) y dentro de éstos, aquellos ciclos educativos donde se concentran las poblaciones socialmente más vulnerables (Unidades de Formación e Inserción Laboral (UFIL), Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) y Aulas de Compensación Educativa (ACE). También prevalece la atención sobre los adolescentes (de 6º de primaria a 2º bachillerato y ciclos formativos de grado medio), seleccionando los cursos considerados clave, atendiendo a criterios madurativos y de especial vulnerabilidad.

Los factores, problemas de salud o áreas temáticas sobre los que se interviene son: alimentación, actividad física, sobrepeso u obesidad, imagen corporal, piercing y tatuajes, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, sexualidad, accidentes, interrupciones voluntarias de embarazos, maltrato, violencia y fracaso escolar. Lo cual no excluye atender otras demandas específicas de la comunidad escolar.

Se considera fundamental que el trabajo con los centros educativos tenga una continuidad en el tiempo y esté enmarcado en un proyecto de intervención en promoción y educación para la salud con la comunidad educativa (PES), en el que preferentemente se trabaja de manera coordinada con otros recursos del distrito y **se desarrollan tres dimensiones:**

- **Talleres y actividades de educación para la salud.**

Educación para la salud desde un enfoque integral y participativo, basado en las necesidades de los alumnos. Se trata de fortalecer la autoestima y la capacidad de los jóvenes para formar hábitos y estilos de vida saludables, desarrollando conocimientos, habilidades y destrezas, y no sólo impartiendo información. Y de desarrollar acciones de EpS para personal docente y no docente, AMPAS, mediadores y organizaciones de la comunidad.

- **Fomento de ambientes y entornos saludables:**

Tanto en lo relativo a espacios físicos adecuados como en los entornos psico-sociales sanos, seguros y libres de agresión y violencia verbal, emocional o física. Para ello, además de la estrategia educativa con familias, docentes y no docentes y otros miembros de la comunidad, se promueve la utilización de espacios no formales (patio del recreo) para crear espacios de encuentro con los jóvenes, para sensibilizar en relación con valores positivos y fortalecer las habilidades para la vida.

- Los puntos interactivos

Pretenden ser un lugar de encuentro entre las entidades que trabajan con los jóvenes y la comunidad educativa para informarles sobre los recursos socio-sanitarios y educativos del distrito, orientarles en la resolución de problemas y promocionar hábitos y actitudes saludables.

- Los días singulares.

Son días en los que se realizan actividades de sensibilización en el recreo para fomentar la reflexión y el conocimiento sobre un tema específico, en las que el componente creativo o expresivo es fundamental.

- **Atención individual derivada de la intervención en los centros educativos**

- La realización de las actividades anteriores implica la oferta de un servicio de atención individual en el CMS con el que se pretende:

- Fortalecer el vínculo de la escuela con el equipo del CMS, a través de un profesional de referencia que sea interlocutor en el apoyo a los problemas.

- Complementar y reforzar las acciones educativas mediante la oferta de :

- Asesoría y consulta para jóvenes que permita detectar y prevenir integralmente problemas de salud dándoles atención preferente, para formarles en conductas de autocontrol y prevención de prácticas y factores de riesgo.

- Prioridad en la atención de los jóvenes en la oferta de programas del CMS.

- Complementar y reforzar la creación de ambientes y entornos saludables ofertando consulta y asesoría relacionada con los jóvenes a los miembros de la comunidad educativa.

PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE (EAS)

El programa EAS se planteó inicialmente como un programa opcional ante el desarrollo de la nueva cartera de servicios de Madrid Salud. Actualmente es un programa que se desarrolla en todos los CMS, pero su grado de desarrollo e implantación es variable entre ellos, no sólo por la heterogeneidad de los distritos y de las plantillas de los CMS, sino por la diferente fecha de incorporación de cada uno de ellos a trabajar en el programa EAS.

Por otra parte, el diseño, desarrollo y ejecución del programa presenta una dificultad añadida respecto de otros programas que se desarrollan en el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), ya que no se trata de un grupo de población homogéneo con características concretas y similares que le defina. Se trata del trabajo con un amplio segmento de la población que en algunos casos sólo tiene en común ser mayor de 65 años.

Por otro lado, no se trata de un programa que con sus actuaciones pueda buscar la solución a un problema único concreto, ya que si hay algo que define el envejecimiento es la variabilidad. Además, tenemos un enemigo inevitable: el paso de los años, que indefectiblemente hará que la naturaleza humana se deteriore, aumentando por tanto la vulnerabilidad de los individuos y la necesidad de ayuda, en muchos ámbitos con el consecuente consumo de recursos socio-sanitarios.

A pesar de todo ello, desde el Programa EAS se considera imprescindible que en un municipio como Madrid, con una pirámide poblacional que demuestra el envejecimiento claro de nuestra comunidad, se realice el esfuerzo desde Madrid Salud, Organismo Autónomo encargado de la prevención y promoción de la salud de los madrileños, de trabajar con el grupo de población de más de 65 años.

El programa EAS contempla actuaciones a tres niveles:

1. Actuaciones a nivel comunitario:

Se realizan actividades comunitarias de promoción de la salud y sensibilización dirigidas a la población general de los distritos.

Otras actividades comunitarias son diseñadas para personas mayores de 65 años abordando problemas/situaciones específicos de esta edad (Semana de Mayores, Jornada...). En ambos casos no existe ningún criterio de inclusión o exclusión en la actividad.

2. Actuaciones a nivel grupal:

Se trabaja con grupos específicos predeterminados:

- Personas mayores de 65 años cumpliendo criterios de inclusión: Talleres de Educación para la Salud “Pensando en Nosotros”, Talleres de Estimulación cognitiva- memoria, Talleres del Programa ALAS, Talleres de Psicohigiene, Talleres de Prevención de Accidentes....
- Poblaciones intermedias (cuidadores, y profesionales que trabajan con mayores) adaptando el grupo a la necesidad detectada tanto en nº de sesiones como en contenidos.

3. Actuaciones a nivel individual:

Se incluye en este nivel a personas mayores en especial situación de vulnerabilidad definida por criterios mayores y menores recogidos en el propio programa en la Historia socio-sanitaria.

Criterios mayores:

- Caída en el último año.
- Tomar más de 4 fármacos de forma habitual.
- Padecer una depresión en los últimos tres años.
- No contar con apoyo de familiares, amigos o vecinos.
- No relacionarse con familiares, amigos o vecinos.
- No salir solo a la calle.

Criterios menores:

- Viudedad hace menos de tres años.
- Cambio de domicilio hace menos de tres años.
- Dificultades visuales para labores habituales.
- Sensación de notarse agobiado o en tensión constantemente.
- Tener quejas de memoria.
- Tener problemas de salud que impidan valerse por uno mismo.
- Dificultades de oído para mantener la conversación.
- No poder salir a la calle por causas de su salud.
- Ingreso hospitalario en el año previo.
- Vivir solo.
- Tener personas a su cargo.
- No comer caliente más de dos días a la semana.
- Convivir con otros en igual o peor situación.
- No tener a quien acudir si se necesita ayuda.
- Tener barreras arquitectónicas en el entorno inmediato.
- Recibir ayudas sociales.
- Necesitar ayuda de alguien a menudo.
- No poder hacer solo la compra, ir al médico o hacer recados.

Las diferentes asociaciones de criterios mayores y menores nos definirán a una persona como vulnerable, al mismo tiempo que nos indicaran acciones concretas a desarrollar. Se trata de una acción de discriminación positiva sobre unos mayores en concreto con la finalidad de disminuir, limitar o revertir en la medida de lo posible esta vulnerabilidad.

En función de las necesidades encontradas en cada caso se procede a actuar según un algoritmo predeterminado, aplicando los diferentes protocolos diseñados para la atención individual en la Estrategia de Alto Riesgo:

- Protocolo de detección de déficit de agudeza visual.
- Protocolo de detección de incremento de la presión intraocular.
- Protocolo de detección de déficit auditivo.
- Protocolo de detección de deterioro cognitivo/memoria.
- Protocolo de caídas y prevención de fracturas.
- Protocolo de alimentación en los menores de 70 años.

En revisiones posteriores se procederá a evaluar si las personas han cumplido con nuestros objetivos/expectativas.

PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL

En la *¡Estrategia gente saludable! 2010-2015*, uno de los Programas Marco que se plantean es Salud Materno Infantil, a través del mismo se proponen estrategias para contribuir a favorecer una parentalidad positiva y un desarrollo adecuado de los menores.

1. OBJETIVOS

General

Facilitar el vínculo afectivo madre-hij@ y apoyar la crianza de los menores en los primeros años de la vida.

Específicos

- Contribuir a elevar el nivel de salud de aquellas personas que se planteen la maternidad/paternidad, la mujer embarazada, el futuro bebé en los primeros años de vida y el entorno sociofamiliar a través de actividades preventivas y de promoción.
- Favorecer la integración en los servicios normalizados de salud materno-infantil y de salud sexual y reproductiva de los padres y niñ@s con dificultades socio-culturales de acceso a los mismos.
- Asesorar a otros profesionales (educadores, socio-sanitarios, etc.) en contacto con embarazadas, padres o niñ@s, en relación a los aspectos preventivos de la salud materno-infantil.
- Promover la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante actividades de educación para la salud dirigidas a la población.

2. POBLACIÓN DIANA PREFERENTE

- Embarazadas y padres adolescentes y jóvenes y sus hij2s
- Padres y niñ@s en situaciones de riesgo social o vulnerabilidad
- Padres, madres y personas con menores a su cargo

3. ACCIONES Y ESTRATEGIAS

a) GRUPO DE SALUD MATERNO INFANTIL

Objetivo: Trabajar las ansiedades y dudas que se plantean alrededor del embarazo, la maternidad/paternidad, el vínculo con el futuro bebé en los primeros años de vida y el entorno socio-familiar. Fortalecer a las parejas que se enfrentan al embarazo, parto y paternidad-maternidad.

Población diana: Mujeres embarazadas, sus parejas y sus futuros bebés, priorizando a las que vivan en diferentes situaciones de riesgo biopsicosocial.

Actividades/Contenidos:

Grupo preparto: 4-6 sesiones:

Aspectos psicosociales relacionados con embarazo, parto, puerperio y crianza, anatomía y fisiología, hábitos saludables, sexualidad y contracepción, vínculo madre-hij@. afectividad, etc. Después de cada sesión se realizan ejercicios de gimnasia, relajación, y respiración.

Grupo Postparto (10-15 días después del parto) 2-4 sesiones:

Cuidados en el puerperio tardío. Salud y enfermedad en el/la niñ@, desarrollo evolutivo del/la niñ@. Después de cada sesión se realizan ejercicios de recuperación y rehabilitación postparto.

Metodología:

- Entrevista individual en consulta, previa a intervención grupal.
- Atención grupal: información inicial impartida por los profesionales que forman parte del programa: (matronas, psicólogos, ginecólogos, pediatras, etc), seguida de trabajo grupal.

b) ATENCIÓN AL NIÑO EN SITUACIÓN SOCIAL DE RIESGO

Objetivo: Asegurar la atención integral del niñ@ en situación social de riesgo, en coordinación con el resto de instituciones implicadas en su cuidado y seguimiento.

Población diana: Menores y sus familias con un entorno socio-familiar de riesgo.

Actividades/contenidos:

Valoración biospsicosocial en consulta individual con pediatría y trabajo social. Apoyo de otros profesionales del centro (Salud sexual y reproductiva, Psicohigiene, etc.). Seguimiento y apoyo del vínculo madre e hij@, propiciar la normalización de la familia.

c) TALLERES AYUDANDO A CRECER

Objetivo: Contribuir a elevar el nivel de salud de la población favoreciendo el desarrollo de las habilidades de madres, padres y cuidadores, relativas al desarrollo infantil.

Población diana: El programa se dirige a madres, padres y cuidadores. Dadas las diferentes necesidades y características de los niñ@s, en función de la edad, se estructuran talleres diferentes: Los tres primeros años de la vida (0 a 3 años); de Educación Infantil (3 a 6 años); de Educación Primaria (7 a 12 años) y de Adolescentes (mayores de 12 años).

Actividades/Contenidos:

En los 3 primeros años de vida: El puerperio, crecimiento y desarrollo del niñ@ durante los tres primeros años de vida, la dimensión psíquica y relacional, la familia actual.

De 3 a 6 años y de 7 a 12 años: Desarrollo psicoevolutivo, desarrollo físico y hábitos saludables, aspectos relacionales (autoridad, normas y límites).

Mayores de 12 años: El papel de padres hoy, el significado de la adolescencia, relaciones interpersonales de padres e hij@s, la autonomía de los hij@s y la emancipación de los padres.

Metodología:

- Trabajo grupal. Se realizan entre 3 y 5 sesiones. Activa-participativa.
- Charla-coloquio. Discusión de casos.

d) OTRAS ACTIVIDADES

- Promoción de la salud materno-infantil mediante otros talleres de educación para la salud materno infantil según necesidades detectadas o demandas específicas.
- Promoción de la salud materno-infantil fuera de los CMS en ámbitos educativos, redes sociales (asociaciones juveniles, de inmigrantes, etc.) que además favorezcan el conocimiento de nuestra oferta de servicios y la colaboración con y apoyo a otros dispositivos socio-sanitarios que trabajan sobre los mismos problemas.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

1. JUSTIFICACIÓN

La existencia, dentro de la estrategia “Gente Saludable”, de un programa marco de Prevención y Control del Tabaquismo, se justifica por distintos motivos:

- Por el impacto sociosanitario producido por el consumo de tabaco.
- Por un criterio de equidad, que implica la necesidad de priorizar estrategias que faciliten el acceso a los servicios de salud.
- Por la existencia de recomendaciones en este sentido por parte de los organismos internacionales competentes, que sitúan los programas de reducción del consumo de tabaco como prioridad de salud pública.
- Por la evidencia de coste-efectividad de las intervenciones terapéuticas para dejar de fumar.
- Por la disponibilidad de recursos idóneos para que el programa sea acometido (centros de salud municipales donde se ejecuta, recursos humanos adecuados en cantidad y calidad, evidencia de efectividad disponible...).

2. OBJETIVOS

El objetivo general del programa es disminuir la prevalencia del consumo de tabaco entre la población de la ciudad de Madrid.

Este objetivo general puede dividirse en tres objetivos específicos:

- Incrementar la tasa de abandono del hábito de fumar entre la población fumadora que desea dejar de fumar.
- Motivar a los fumadores que no desean dejar de fumar (“precontempladores”) para que tomen la decisión de realizar un intento de abandono.
- Prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los adolescentes.

Para conseguir estos objetivos, el Programa se plantea diversos objetivos instrumentales:

- Impulsar la formación continuada, en el ámbito de la deshabituación tabáquica y la prevención, de los profesionales de Madrid Salud adscritos al programa.
- Elaborar guías y protocolos de trabajo generales, y específicamente dirigidas al abordaje de situaciones.
- Establecer “alianzas” con organizaciones de distinta naturaleza, con el fin de favorecer la equidad en el acceso al programa, y con especial atención a empresas, organizaciones sindicales, centros de salud e instituciones educativas y de investigación.
- Promover la formación de profesionales sanitarios externos a Madrid Salud con el fin de que sean competentes para implementar programas de deshabituación tabáquica dentro de su ámbito laboral.

- Difundir entre la población general el conocimiento sobre la existencia y características del programa con el fin de favorecer el acceso al mismo.
- Promover la coordinación interinstitucional en materia de abordaje del tabaquismo.
- Definir un sistema de registro y evaluación del proceso de implementación y de los resultados del mismo.

3. POBLACIÓN DIANA

La población diana está constituida por los adultos fumadores que vivan o trabajen en la ciudad de Madrid, y por los adolescentes del grupo de edad de inicio en el consumo de tabaco.

En línea con los criterios estratégicos definidos por el Servicio, se define como prioritaria la atención hacia los grupos identificados como de más difícil acceso a los centros Madrid Salud, mediante el acercamiento de la intervención a los lugares de trabajo y mediante el uso de formatos de intervención que lo faciliten.

4. ACTIVIDADES

En orden a conseguir los objetivos señalados el programa desarrolla distintas actividades, cuya descripción detallada consta en la documentación correspondiente. La principal de ellas es las consultas y talleres de deshabituación tabáquica, habitualmente en formato grupal, y que puede desarrollarse en el propio CMS o fuera de él, cuando es posible y oportuno. Esta actividad comprende varias subactividades:

- Actividades de difusión y sensibilización.
- Entrevista motivacional.
- Evaluación previa al tratamiento.
- Siete sesiones grupales de intervención.
- Sesiones individuales paralelas o posteriores, cuando son necesarias.
- Evaluación posterior al tratamiento.
- Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Asimismo, el programa desarrolla distintas actividades de soporte de la intervención directa con el usuario fumador, y especialmente:

- Actividades de difusión y sensibilización.
- Elaboración de documentación, guías y protocolos.
- Actividades de formación.
- Actividades de evaluación.

Algunas de estas actividades, correspondientes al año 2012, se detallan en el apartado correspondiente de este informe.

5. ASPECTOS ORGANIZATIVOS

El programa de deshabituación tabáquica se implementa en la actualidad en 14 centros territoriales Madrid Salud (todos, con la excepción de los centros de Retiro y Puente de Vallecas) y en el centro monográfico de Promoción de Hábitos Saludables. En trece de ellos

el programa se desarrolla en turno de mañana y de tarde. La composición de los equipos que aplican el programa no es uniforme. Mayoritariamente se componen de profesionales de enfermería y de medicina, y con escasa presencia de psicólogos. En el apartado “información sobre la estructura” se detalla la participación de cada grupo profesional.

Como resultado del convenio existente con el Master Interuniversitario de Tabaquismo de las universidades de Cantabria y Sevilla, 22 de estos profesionales han cursado el Master. Existe, por lo tanto, un capital importante de conocimiento adquirido por esta vía, además del derivado de la experiencia profesional, prolongada en muchos casos, y de las sucesivas ediciones celebradas de los cursos de tratamiento de la dependencia tabáquica organizados por el Instituto de Formación y Estudios. La asistencia y participación de profesionales de Madrid Salud en distintas jornadas, congresos y eventos científicos, y por lo tanto el compromiso con el programa, es también elevada.

El programa cuenta con un profesional que ejerce la función de referente técnico y que se integra dentro del “área funcional” de gestión de los programas marco. Para desarrollar esta función, el referente cuenta con un “grupo de apoyo”, que en este caso está formado por al menos un profesional de cada centro, y que se reúne periódicamente. En el ejercicio de esta función, el referente depende funcionalmente de la persona responsable del “área funcional” (consejera técnica del Servicio), y a través de ella se coordina con:

- Los jefes de Sección de cada CMS.
- El jefe de Sección del Centro de Hábitos Saludables.
- El referente del programa en cada CMS.
- La Unidad Técnica de Centros Madrid Salud.
- La Unidad Técnica de Centros Monográficos.
- La responsable de formación del Servicio.
- La Unidad Técnica de Comunicación.
- El Departamento de Evaluación y Calidad.
- Instituciones educativas externas a Madrid Salud, con las que existen convenios o acuerdos, o con las que puedan existir.
- Instituciones sanitarias externas a Madrid Salud.
- Otras organizaciones, de distinto tipo, cuya colaboración se estime oportuna.

El programa cuenta para su desarrollo con material de elaboración propia formado por:

- Guía del programa: *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar. Madrid. Díaz de Santos 1998.*
- Guía de sesiones: *El programa para dejar de fumar del Ayuntamiento de Madrid. Bases teóricas y guía de sesiones. Ayuntamiento de Madrid, 2004.*
- Kit de diapositivas para presentación y difusión del programa.
- Kit de diapositivas para utilizar en las sesiones de los talleres de deshabituación.
- Kit de diapositivas para el abordaje del sobrepeso asociado a dejar de fumar.
- Escalas y protocolos para la evaluación.

- Cooxímetros.
- Trípticos para difusión del programa: “Lo estamos dejando. ¿Te apuntas?”.
- Guía de autoaplicación para dejar de fumar: “Así que quieres dejar de fumar... La guía para conseguirlo”, disponible en:
<http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/publicacionessp.php>.
- Guía de Consejo Clínico: “Dispuestos a dejar de fumar: cómo hacerlo fácil. Una guía para el consejo clínico”. Publicado por Madrid Salud.
- Guía clínica: “Depresión, abandono del consumo de tabaco y activación conductual. Una guía de intervención”. Pendiente de publicación.
- DVD – Guía de Entrevista Motivacional: “¿Discutir o dialogar? Guía de Entrevista Motivacional para la dependencia tabáquica”. Publicado por Madrid Salud, y accesible “on line” en http://www.madridsalud.es/entrevista_motivacional/login.php.
- Material para el usuario: carpetas, diplomas, material impreso de apoyo.
- Teleservicio Web: Programa para dejar de fumar “on line”. Accesible en www.madridsalud.es.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL (O DE PSICOHIGIENE)

1.- OBJETIVOS

El Objetivo del programa es promocionar la salud mental y prevenir la enfermedad mental en la ciudad de Madrid, especialmente en la población más vulnerable, lo que incluye:

- a) Ayudar a afrontar la ansiedad, el estrés, la distimia, el maltrato y la violencia en diferentes ámbitos (doméstico, educativo, laboral, etc.) y los distintos momentos de la vida evolutiva (infancia, adolescencia y juventud, adultez y vejez), centrándose más específicamente en los momentos de cambio (inicio de las relaciones afectivo-sexuales, embarazo y paternidad, separaciones y pérdidas, cambios de situaciones laborales, migraciones, etc.) y actuando sobre la población que muestra más vulnerabilidad ante estos cambios.
- b) Promover las capacidades, sentimientos, vínculos y entornos adecuados para prevenir los trastornos mentales:
 - La capacidad para poder afrontar las situaciones estresantes de la vida.
 - La capacidad para la adaptabilidad y la sociabilidad.
 - Tener una vinculación emocional positiva a una edad temprana.
 - La posesión de sentimientos de seguridad, autoestima y conocimiento de sí mismo.
 - El estar inserto en ambientes sociales, familiares y económicos saludables.
- c) Promover contextos sociales y ambientales competentes para la convivencia, el desarrollo y bienestar de las personas.
- d) Ayudar al desarrollo de hábitos saludables (alimentación, ejercicio, adicciones, hábitos de estudio, etc.).
- e) Contribuir al aumento de conocimiento sobre los determinantes de la salud mental en la ciudad de Madrid.

2.- POBLACIÓN DIANA

Todos los ciudadanos que viven o trabajan en la ciudad de Madrid

3.- ACTIVIDADES:

- Consulta individual
- Intervención grupal

Contenidos de las actividades

- a) Período de la infancia:
 - Tolerar los límites, y el comportamiento violento
 - Paliar las dificultades para conciliar el sueño y temores nocturnos persistentes
 - Resolver las dificultades en la alimentación (rechazo de la alimentación, excesiva alimentación)
 - Problemas con el control de esfínteres

- Rivalidad entre hermanos
 - Problemas de adaptación (llanto insistente, negativismo)
 - Favorecer la solución de los problemas de ansiedad de separación, nerviosismo.
 - Dificultades en la adquisición del lenguaje.
 - Problemas de autoestima en la infancia, falta de seguridad en si mismo e inhibición en las relaciones con otros niños.
- b) Período de la adolescencia:
- Embarazos no deseados
 - Problemas de relaciones con iguales
 - Conductas de alto riesgo (tabaco, drogas, alcohol...)
 - Conflictos familiares
 - Desmotivación y falta de expectativas vitales.
- c) Período de la edad adulta:
- Situaciones de distimia, tristeza, decaimiento, llanto insistente.
 - Situaciones de ansiedad, nerviosismo.
 - Dificultades en la relación con los hijos (límites, , orientación).
 - Problemas de separación. Sexualidad.
 - Situaciones de pérdida de un familiar. Duelos de pérdida.
 - Dificultades de adaptación (migración, pérdida de empleo).
 - Adaptación a la jubilación.
 - Impulsar la solución de los problemas de soledad (marcha de los hijos, síndrome nido vacío).
- d) Período de envejecimiento:
- Impulsar un proyecto de vida ajustado a esta edad
 - Favorecer la mejor adaptación posible en la etapa del envejecimiento
 - Evitar los efectos patógenos de la soledad y el aislamiento.
 - Dificultades del manejo de las emociones.
 - Impulsar una mayor capacidad de autonomía e independencia
 - Estimular capacidades cognitivas y creativas
 - Facilitar el aprendizaje y entrenamiento en relajación
 - Apoyar a los cuidadores en la sobrecarga por el cuidado de personas dependientes.

4.- INTERVENCIONES COMUNITARIAS (ACTIVIDADES COMUNITARIAS)

- Actividad de estudio de las condiciones de salud de la comunidad
- Actividad de coordinación con las instituciones y organizaciones del distrito
- Actividad de Información y difusión del programa
- Actividad grupal
- Actividad Institucional.
- Actividad de detección y mejora del riesgo psíquico
- Actividad de detección y mejora del riesgo psíquico
- Otras actividades.

5.- DESARROLLO DE LA VERTIENTE PSICOLOGICA Y SOCIAL DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD QUE SE LLEVAN A CABO EN LOS CMS.

- Actividad de asesoría.
- Participando en los grupos que se realizan en cada programa.
- Atendiendo las derivaciones a la consulta de salud mental de los casos en riesgo de salud mental que se detectan desde cada programa.

PROGRAMA MARCO DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

OBJETIVOS

- General
 - Contribuir a disminuir la brecha de las desigualdades sociales en salud (DSS) en la ciudad de Madrid.
- Específicos
 - Determinantes sociales de salud: incorporar los objetivos de la OMS en las estrategias e intervenciones poblacionales y de alto riesgo de nuestros programas.
 - Discriminación positiva: priorización de la atención a los grupos de población y los territorios con más necesidades de salud o mayor vulnerabilidad frente a determinados problemas de salud.
 - Información: Aumentar el conocimiento sobre las DSS en la ciudad de Madrid, mediante la investigación y la difusión de la información.
 - Barreras de acceso:
 - Identificar y eliminar las barreras sociales y culturales de acceso a nuestros servicios y las de otros dispositivos socio-sanitarios y educativos.
 - Establecer proyectos de trabajo en común con los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad social.
 - Desarrollar una línea específica de adaptación de nuestros servicios para las personas con discapacidad
 - Formación: Contribuir a la sensibilización y formación de los profesionales (del Servicio, de otros dispositivos socio-sanitarios y del ámbito educativo, etc.), sobre los determinantes sociales en salud y sobre estrategias y habilidades en comunicación e interculturalidad con perspectiva de género, edad, clase, etnia, cultura y nivel de capacidad.

INTERVENCIONES

Se realizan seis tipos de intervención:

- Seguimiento de los objetivos de intervención sobre población diana con criterios sociales de los programas.
- Consolidación del uso de las variables sociales en el sistema de información.
- Identificación de barreras socio-culturales de acceso a los centros.
- Proyectos de intervención en prevención y promoción de la salud sobre grupos especialmente vulnerables (Salud y mujer gitana, apoyo a centros de acogida de inmigrantes, centros ASPAS, centro Concepción Arenal, etc.).
- Trabajo con asociaciones o colectivos que agrupan a personas con discapacidad.

- Prevención y control de tuberculosis en personas sin hogar o en grave situación de exclusión social (unidad móvil de radiodiagnóstico).

PROGRAMA MARCO DE ENTORNO URBANO Y SALUD

OBJETIVOS

- General
 - Construir ambientes favorables para la salud en el entorno urbano.
- Específicos
 - Promover entornos favorecedores de los objetivos de promoción de la salud (actividad física, alimentación, escuelas saludables, ocio, cohesión social, apoyo mutuo e integración de minorías, etc.) y prevención (de accidentes, de la dependencia de las personas mayores, de sobremortalidad por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y temperaturas extremas, de problemas asociados al hacinamiento, a la exposición a contaminantes, etc.).
 - Introducir la visión de la salud pública en las decisiones y proyectos de planificación urbana, tanto a nivel de la ciudad, como de los proyectos de remodelación de barrios. Reforzar la capacidad e influencia de Madrid Salud en la evaluación del impacto en salud de estas decisiones.
 - Contribuir a la redefinición de la ciudad, el distrito o el barrio al efecto de:
 - Promover espacios verdes y de ocio.
 - Promover transportes alternativos.
 - Potenciar la creación y desarrollo de redes sociales.
 - Favorecer una planificación urbana saludable.
 - Afianzar en la población el concepto de sostenibilidad.
 - Establecer alianzas con personas, estamentos y organizaciones para que compartan estos objetivos y se favorezcan intervenciones comunes.

INTERVENCIONES

Se realizan tres tipos de intervención:

- Actividades de promoción de un urbanismo favorecedor de adopción de hábitos saludables (apoyo a proyectos de otras áreas municipales y de entidades ciudadanas, participación en la revisión del Plan General de Urbanismo, atención de demandas de los Planes de barrio)
- Participación en proyectos europeos de promoción del ejercicio físico en áreas urbanas, mediante la intervención sobre la ciudad con la creación de rutas especialmente adaptadas para caminar (proyecto WAP).
- Gestión de huertos saludables en los CMS

INDICADORES ACTIVIDAD

- Actividades comunitarias y de sensibilización realizadas.
- Usuarios de los huertos saludables.
- Actividades de dinamización de las rutas del proyecto WAP

4. OFERTA DE TALLERES Y GRUPOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Enmarcados en los programas, los centros ofrecen una serie de talleres u grupos de promoción de la salud, diseñados para abordar problemas concretos y con una metodología de formación, contenidos y evaluación determinadas. Algunos de ellos, están consolidados desde hace muchos años en los CMS dentro de su oferta fija de servicios y dispositivos de apoyo a la población y a la comunidad escolar; lo que no es óbice para que se adapten a las demandas concretas.

1. AYUDANDO A CRECER

Objetivo: Fomentando la adquisición de hábitos saludables, implicando a toda la Comunidad escolar.

Población diana: El programa se dirige a madres y padres de alumnos. Dadas las diferentes necesidades y características de los niños, en función de la edad, se estructuran talleres diferentes: Los tres primeros años de la vida (0 a 3 años); de Educación Infantil (3 a 6 años); de Educación Primaria (7 a 12 años) y de Adolescentes (mayores de 12 años).

Contenidos: En los 3 primeros años de vida: El puerperio, crecimiento y desarrollo del niño durante los tres primeros años de vida, la dimensión psíquica y relacional, la familia actual. De 3 a 6 años y de 7 a 12 años: Desarrollo psicoevolutivo, desarrollo físico y hábitos saludables, aspectos relacionales (autoridad, normas y límites). Mayores de 12 años: El papel de padres hoy, el significado de la adolescencia, relaciones interpersonales de padres e hijos, la autonomía de los hijos y la emancipación de los padres.

Metodología: Trabajo grupal. Se realizan entre 3 y 5 sesiones. Activa – participativa. Charla – coloquio. Discusión de casos.

2. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Objetivo: Contribuir a disminuir la frecuencia de los accidentes (ocupan el 4º lugar entre las causas de muerte, y la primera causa de mortalidad, morbilidad e invalidez en los niños y jóvenes) y la gravedad de las lesiones que pudieran producirse.

Población diana: Población general, priorizando padres y madres, profesores, adolescentes y jóvenes, niños y mayores.

Contenidos: Experiencias previas sobre los accidentes. Triángulo de los accidentes. Descripción física de los accidentes. Epidemiología de los accidentes: D.A.D.O. Factores evolutivos y relacionales que intervienen en la producción de los accidentes. Medidas preventivas: físicas y relacionales. Botiquín básico y servicios de emergencias. Atención de lesiones leves. RCP Básica: lactante, niño y adulto.

Actividades: I Módulo: PREVENCIÓN:3 sesiones (2 h. y media c/u); II Módulo: PRIMEROS AUXILIOS: 5 sesiones (2 h. y media c/u). En total se realizan 20 horas.

Metodología: Trabajo grupal (15-18 personas). Activa-participativa-práctica. Se basa en el aprendizaje significativo.

3. GRUPOS DE SALUD MATERNOINFANTIL

Objetivo : Trabajar las ansiedades y dudas que se plantean alrededor del embarazo, la maternidad/paternidad, el vínculo con el futuro bebé en los primeros años de vida y el entorno sociofamiliar. Fortalecer a las parejas que se enfrentan al embarazo, parto y paternidad-maternidad.

Población diana: Mujeres embarazadas, sus parejas y sus futuros bebés, priorizando a las que vivan en diferentes situaciones de riesgo biopsicosocial.

Actividades/Contenidos

- Grupo preparto: 4 – 6 sesiones. Aspectos psicosociales relacionados con embarazo, parto, puerperio y crianza, anatomía y fisiología, hábitos saludables, sexualidad y contracepción, vínculo madre-hij@. afectividad, etc. Después de cada sesión se realizan ejercicios de gimnasia, relajación, y respiración.
- Grupo Postparto (10-15 días después del parto): 2 – 4 sesiones. Cuidados en el puerperio tardío. Salud y enfermedad en el/la niñ@, desarrollo evolutivo del/la niñ@. Después de cada sesión se realizan ejercicios de recuperación y rehabilitación postparto.

Metodología: Valoración individual previa. Grupos: información inicial de especialistas (ginecólogos, pediatras, etc), seguida de trabajo grupal.

4. GRUPOS DE MATERNIDAD TEMPRANA

Objetivo: Empoderar a estas adolescentes y jóvenes para dirigir su proyecto vital y reducir situaciones de riesgo, especialmente embarazos no planificados. Favorecer una crianza responsable. Facilitar el acercamiento de las jóvenes a los recursos y servicios comunitarios.

Población diana: Adolescentes y Jóvenes de 13 a 20 años embarazadas del municipio de Madrid.

Metodología: Valoración individual. Intervención grupal antes y después de embarazo, Coordinación interinstitucional.

5. TALLER “DEJAR DE FUMAR”

OBJETIVO: Ayudar a los fumadores que lo deseen a abandonar su hábito y no recaer.

DIRIGIDO: Población general fumadora de la ciudad de Madrid. Organizaciones que deseen poner en marcha un programa de asistencia a fumadores.

ESTRUCTURA: 8 sesiones (una individual y siete en grupo), más contactos de seguimiento durante un año. De modo paralelo es posible mantener contactos de apoyo individual

CONTENIDOS: El programa incluye procedimientos orientados a promover el compromiso, cesar el consumo, prevenir recaídas y fomentar hábitos saludables

METODOLOGÍA: El programa combina la exposición de contenidos por parte de los monitores, con la participación activa de los asistentes dentro y fuera de las sesiones.

6. TALLER DE SALUD BUCODENTAL

OBJETIVOS:

- Fomentar la adquisición de hábitos saludables de higiene y alimentación en relación con la Salud Bucodental.
- Proporcionar información a padres, alumnos y educadores sobre los principales problemas de salud bucodental.

DIRIGIDO A: Alumnos de 3º de Educación Infantil y 1º de Primaria.

CONTENIDOS: Exploraciones en el aula, educación para la salud, visitas al Centro de Salud Bucodental (se proporcionan folletos y cuentos que promueven la salud bucodental).

Atención a niños/as entre los 6 y los 14 años:

- Exploración completa con detección de alteraciones.
- Enseñanza de cepillado y control de placa bacteriana.
- Aplicación de cubetas de flúor semestrales y selladores de fosas y fisuras en molares definitivos.
- Revisiones periódicas.
- Control de dieta y orientación terapéutica.

ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA: Visita al centro, sesión informativa-participativa y exploración.

7. TALLER DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

- Información dirigida a los alumnos y a los padres, sobre las vacunas indicadas durante la etapa de escolarización.
- Información sobre el servicio de Vacunación Permanente en los Centros Madrid Salud.
- Vacunación en los colegios, en caso de brotes epidémicos (sarampión, parotiditis, meningitis, etc.).

- Respuesta ante alarmas y/o emergencias epidemiológicas (pediculosis, meningitis, intoxicaciones alimentarias ...).

8. TALLER DE HÁBITOS SALUDABLES

OBJETIVO: Contribuir a aumentar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre hábitos saludables en los adolescentes, para mejorar su salud.

DIRIGIDO A: Alumnos de 1º y 2º de la E.S.O.

Nº DE SESIONES: Dos sesiones de hora y media de duración cada una.

CONTENIDOS: higiene general, alimentación, ejercicio físico, descanso, estado de ánimo, vacunación, accidentes.

ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA, Presentación de las actividades del CMS; Charla /coloquio sobre hábitos saludables en la adolescencia; Visita guiada al Centro (si se realiza en el CMS).

9. TALLER DE DESAYUNOS SALUDABLES

Partiendo de una iniciativa del Servicio de Salud Pública del Área 1 de la CM, el taller se realiza de forma conjunta desde los CMS de Retiro, Vicálvaro, Vallecas Villa y Puente de Vallecas.

OBJETIVO: Fomentar el desayuno saludable entre la comunidad escolar tratando de:

- Que la comunidad escolar identifique en qué consiste un desayuno saludable y su importancia para la salud.
- Que los alumnos interioricen en su vida cotidiana un desayuno saludable, como componente fundamental para llevar a cabo una vida sana
- Que los profesores y las familias refuercen los conocimientos y las actitudes de los escolares hacia un desayuno saludable.

DIRIGIDO A:

- Escolares de 1º a 6º curso de Educación Primaria de colegios de la Comunidad de Madrid.
- Profesorado de los cursos de Educación Primaria.
- Padres y madres de alumnos de Educación Primaria y Educación Infantil.

CONTENIDOS: El desayuno desde el punto de vista nutricional debe aportar la energía suficiente para desarrollar adecuadamente el trabajo físico e intelectual, por lo que en la infancia y adolescencia se debe promover su realización para conseguir un hábito que perdure toda la vida.

10. GRUPOS DE ANSIEDAD Y ESTRES

Objetivos: Se crean espacios de reflexión para desarrollar habilidades y recursos personales para afrontar la ansiedad y el estrés que surgen en situaciones de la vida cotidiana, reducir los niveles de ansiedad, incrementar las redes de apoyo social, aumentar la autoestima y mejorar la calidad de vida.

Población diana: la población general en todos los ámbitos de actuación.

Metodología: Se forman grupos de periodicidad semanal, de dos horas de duración, durante diez sesiones. Se realizan técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de resolución de problemas y aprendizaje de formas distintas de afrontar las situaciones estresantes. Se realiza una evaluación pre y post a la intervención.

11. GRUPOS DE PSICOGERIATRIA

Objetivos: Proporcionar espacio de reflexión para favorecer la mejor adaptación a los cambios del proceso de envejecimiento, facilitar una mejor comprensión y mejor abordaje de los conflictos presentes y pasados de este periodo de la vida, conseguir una mayor capacidad de autonomía e independencia, impulsar la participación en la sociedad, restablecer actividades y relaciones, sustituir pérdidas, evitar el aislamiento, estimular las capacidades cognitivas y creativas, mejorar la actividad física y disfrutar del ocio.

Va dirigido a personas mayores de 65 años en situación de vulnerabilidad, mayores con situaciones de especial riesgo (duelos recientes, aislamiento, problemas sociales), mayores que presentan trastornos afectivos, adaptativos o de ansiedad.

Metodología: Grupos de 10-14 personas, de periodicidad semanal, de una hora y treinta minutos, y de 8 a 9 meses de duración.

Se realizan: técnicas de expresión de dificultades, de comunicación, de participación, dramatización. Se realiza una evaluación individual pre y post a intervención.

12. GRUPOS DE PSICOHIGIENE

Objetivos: Atención individual y grupal para las personas que están inmersas en situaciones vitales de cambio como son el embarazo y la paternidad, inicio de relaciones sexuales, duelos, pérdidas, emigración, situaciones laborales, situaciones que generan depresión, ansiedad, comportamiento violento o manifestaciones incipientes de enfermedad mental.

Asesoría en actuaciones de promoción de la salud mental dirigida a profesionales, docentes del ámbito escolar, socio sanitarios, asociaciones de familias, vecinos, AMPAS, etc.

Va dirigido a: población derivada de los programas de promoción y prevención de la salud, población general y profesionales y asociaciones de las instituciones del distrito.

Metodología: Técnicas de entrevistas individuales y técnicas de grupo.

Se realizan: Evaluación y seguimiento de las personas con factores de riesgo en prevención y promoción de la salud mental, asesoría a técnicos y asociaciones sobre como evitar los factores de riesgo de tipo psicógenos presentes en los programas de promoción y prevención de la salud. Se realiza evaluación pre y post en cada intervención.

13. TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA MAYORES “PENSANDO EN NOSOTROS”

Este taller, de carácter generalista, está estructurado en ocho sesiones de dos horas cada una en las que se tratan los temas relacionados con los principales problemas de los mayores: alimentación, actividad física, memoria, accidentes, autocuidados y hábitos saludables (higiene, aspecto y cuidado del cuerpo, incluida la salud bucodental; estado de ánimo y sueño, sexualidad; incontinencia; estreñimiento; tabaco; alcohol; medicamentos; vacunas); convivencia y recursos sociales; se practica relajación y se realiza una tabla de estiramiento y movilidad articular.

Se contextualiza el envejecimiento como un proceso activo en el que se puede intervenir y se utiliza una metodología activa, basada en el aprendizaje significativo, útil en la educación de adultos. Se parte de los conocimientos y experiencia que toda persona posee, de la reflexión y análisis sobre ellos, de la incorporación de otros nuevos adquiridos durante el proceso de aprendizaje y de la comparación entre ellos. Se utilizan diferentes técnicas apropiadas a cada una de las fases. Se trabaja en las esferas cognitiva, emocional y la de las habilidades.

14. GRUPOS DE MEMORIA O ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Estos grupos están justificados por la frecuencia de los problemas de memoria asociados a la edad y las posibilidades de intervención con un entrenamiento multifactorial consiguiendo mejoría en los rendimientos de memoria y en los estados de ánimo potenciando procesos cognitivos infrautilizados en las personas mayores.

Se realiza un screening en la población diana escogida para el programa de Envejecimiento Activo y Saludable realizando, una evaluación específica de problemas de memoria y las funciones cognitivas. Se realiza a través de test neuropsicológicos breves.

El grupo se forma con 12-16 personas, con una periodicidad semanal durante 10 sesiones de 90 minutos de duración. El trabajo se realiza de forma individual, por parejas o grupal.

La estimulación cognitiva se realiza con ejercicios de estrategia y técnicas de memoria como asociación y visualización, estimulando procesos cognitivos básicos (atención, concentración, lenguaje, etc.), solución de olvidos cotidianos intentando transferir y generalizar estos conocimientos a la vida cotidiana.

15. PASEOS SALUDABLES PERSONALIZADOS

Objetivos: favorecer la práctica del ejercicio físico y promover la socialización para afrontar los problemas asociados al envejecimiento, a las enfermedades crónicas y al aislamiento social. Dar a conocer los recursos existentes en el barrio para la realización de ejercicio físico.

La evidencia del efecto saludable del paseo en grupo adaptado al estado de salud y las conveniencias prácticas, ha motivado el ensayo de paseos en varios barrios y frecuentes ejercicios en el exterior de los CMS. Se combina el ejercicio físico con el esfuerzo mental cognitivo y el afrontamiento de situaciones de socialización.

Metodología: reunión previa grupal en la que se tratan temas relacionados con el ejercicio físico y se trabajan las oportunidades y limitaciones para realizarlo en la vida cotidiana y en el barrio. Seguidamente se organiza un paseo por rutas de diferente dificultad, adaptadas a la necesidad de cada participante.

16. HUERTOS SALUDABLES

Los objetivos son favorecer la adquisición de hábitos nutricionales saludables y promover la socialización para afrontar los problemas asociados al envejecimiento, a las enfermedades crónicas y al aislamiento social.

El cuidado en común de un huerto favorece la socialización y la capacitación asociadas a la promoción de la salud. Las experiencias previas muestran que la adquisición de hábitos saludables en nutrición se facilita con la comprensión y control de los procesos de cultivo de vegetales comestibles y ornamentales.

5. CRONOGRAMA DE LA EGS

El Plan se está desarrollando en el periodo 2010-2015 con los siguientes procesos:

1º Puesta en marcha de los proyectos de centro de los CMS.

2º Modificaciones en los sistemas de información y los procedimientos de citación, que permitan un adecuado desarrollo de los proyectos.

3º Desarrollo del plan de comunicación de los proyectos.

4º Presentación de los mismos y de la nueva oferta de servicios a:

- Gerencias y Departamentos de las Juntas de Distrito.
- Centros de salud (Atención Primaria y Salud Pública).
- Centros socio-sanitarios.
- Centros educativos.
- ONG's y asociaciones con presencia en el distrito.

5º Exploración y fijación de posibles proyectos conjuntos de salud comunitaria con estos y otros agentes y establecimiento de los mecanismos de coordinación.

6º Seguimiento de los proyectos y programas de centro, con evaluaciones cuatrimestrales y anuales.

7º Apoyo a los CMS en sus dificultades de desarrollo (recursos, formación, coordinación, comunicación).

8º Gestión de la transición de la antigua a la nueva cartera de servicios.

9ª Presentación de resultados

10ª Redefinición del proyecto (en función de los resultados, recursos y cambios en el entorno)

6. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Se concibe la evaluación como un proceso de mejora continua y de apoyo en el abordaje de las dificultades de los CMS en el proceso de reorientación.

La EGS se evalúa a dos niveles:

1. Evaluación de los programas marco
2. Evaluación de los proyectos y programas específicos de centro

Cada programa marco tiene unos indicadores y criterios de evaluación mínimos comunes para todos los CMS. La mayoría se centran en el incremento progresivo de los usuarios que cumplen criterios de población diana, en el incremento de las actividades grupales y comunitarias y en el establecimiento de proyectos conjuntos con los otros actores de salud del distrito.

Los proyectos de centro de cada CMS también tienen sus indicadores de evaluación respectivos, basados en el grado de consecución de los objetivos marcados en sus programas específicos de centro.

Ambas evaluaciones comparten la mayoría de los siguientes indicadores:

A) De cobertura de población diana y de equidad:

- Incremento del % de población atendida que cumple criterios de población diana.
- Incremento del % de personas derivadas desde servicios sociales, educativos y ONG's.
- Evaluación de problemas de accesibilidad a los servicios.

B) De proceso:

- nº de actividades realizadas sobre las previstas.
- % de actividades grupales y comunitarias sobre la actividad global.
- % de las actividades que se han realizado en la forma y tiempo previstos.

C) De adherencia:

- Porcentaje de personas que completan el trabajo en grupo o el proceso de atención establecido.

D) De coordinación

- Actividades y proyectos comunes nuevos desarrollados con otros dispositivos sociosanitarios y redes sociales del distrito.
- Valoración de las interacciones existentes entre los equipos de las diferentes instituciones o departamentos implicados en el programa.

E) De eficacia:

- Cumplimiento de los objetivos específicos y los operativos del programa.
- Porcentaje de personas y grupos que cumplen los objetivos de cambio marcados en la atención individual o grupal.

F) De impacto:

- Cumplimiento del objetivo global o general del programa con respecto a la población diana¹.

G) De participación:

- Juicio sobre si el programa ha sido promovido, diseñado, ejecutado y evaluado con el protagonismo real de los beneficiarios y de los socios.

H) De pertinencia:

- Grado de adecuación de los objetivos y resultados del programa al contexto en el que se realiza
- Grado de adecuación a las prioridades y necesidades de la población beneficiaria.
- Grado de adaptación del programa (sus objetivos, acciones, metodología...), al contexto geográfico, cultural, institucional, etc.

¹ incluye todos los efectos provocados por el programa, positivos y negativos, esperados y no esperados, abarcando tanto los efectos epidemiológicos, como los de desarrollo comunitario, organizativos, económicos, tecnológicos, sociales, etc.