



FEM SALUT, faig salut

Estrategia Social de
Promoción de la Salud
de las Illes Balears
2016 - 2026



FEM SALUT, faig salut

Estrategia Social de
Promoción de la Salud
de las Illes Balears
2016 - 2026

©Conselleria de Salut del Gobierno de las Illes Balears, 2019

Edita:
Dirección General de Salud Pública y Participación.

Elaborado por:
Dirección General de Salud Pública y Participación y Servicio de Salud.

Autores:
Cabeza, E. / Ramos, M.J. / March, S. / Núñez, C. / Vidal, C. / Font, M.A. /
Moreno, L. / Cáceres, Y. / Miguélez, A.

Revisión lingüística:
Signewords SL

Diseño y maquetación:
Borisgrafic

Impresión:
Gràfiques Rubines.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual (art.270 y siguientes del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (CEDRO) vela por el respeto de los citados derechos.

ISBN: 978-84-09-12746-7

Depósito legal: DL PM 965-2019

FEM SALUT, faig salut

Estrategia Social de
Promoción de la Salud
de las Illes Balears
2016 - 2026

FEM SALUT

Estrategia Social de Promoción de la Salud de las Illes Balears

Índice

Presentación	10
Introducción	
¿Qué determina nuestra salud?	17
La promoción de la salud	21
¿Cómo actuamos para promover la salud?	24
Marco de actuación	29
Visión	33
Misión	34
Valores	35
Principios rectores	36
Elementos comunes	37
¿A quién va dirigida la estrategia?	40
Objetivos, acciones e indicadores	
La sociedad	42
Políticos, políticas y profesionales	44
Las comunidades	48
Las personas con enfermedades crónicas	54
Las personas sanas	58
¿Cómo se implementa la estrategia? Evaluación	62
Bibliografía	66
Glosario	72

FEM SALUT

Estrategia Social de Promoción de la Salud de las Illes Balears



Autores

Elena Cabeza Irigoyen.
DG Salud Pública y Participación. Illes Balears.

Maria Ramos Montserrat.
DG Salud Pública y Participación. Illes Balears.

Sebastià March Llull.
Cooperativa APLICA.

Catalina Núñez Jiménez.
DG Salud Pública y Participación. Illes Balears.

Clara Vidal Thomàs.
Gerencia Atención Primaria. Mallorca.

Maria Antònia Font Oliver.
Gerencia Atención Primaria. Mallorca.

Lucía Moreno Sancho.
Gerencia Atención Primaria. Mallorca.

Yolanda Cáceres Teijeiro.
Gerencia Atención Primaria. Mallorca.

Angélica Miguelez Chamorro.
Servicio de Salud. Illes Balears.

FEM SALUT

Estrategia Social de Promoción de la Salud de las Illes Balears

Revisores

- Beatriz Alonso Reyes. Pacap Illes Balears.
- José Manuel Aranda Regules. Pacap Illes Balears.
- Guillem Artigues Vives. DG Salud Pública y Participación de las Illes Balears.
- Jean Philippe Baena Lointier. Atención primaria. Área de salud Ibiza y Formentera.
- Lluç Bauzà Amengual. Facultat infermeria. Universitat de les Illes Balears.
- Aina Caldentey Ribera. Comisión técnica formadores y asesores en educación y promoción de la salud. GAP Mallorca.
- Pilar Campos Esteban. DG de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.
- Eusebio Castaño Riera. DG de Planificación, Evaluación i farmacia.
- Rosa Duro Robles. Servicio de Salud de las Illes Balears.
- Margarita Echauri Ozcoidi Instituto de Salud pública y Laboral de Navarra.
- Catalina Gayá Bauzá. Paciente activa.
- Andreu Horrach Torrens. DG de Planificación y servicios sociales.
- María Ingla Pol. Área de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Palma.
- Luís Andrés López Fernández. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Micaela Lull Sarralde. Pacap Illes Balears.
- M^a José Pérez Jarauta. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
- Marta Pisano González. DG Salud Pública de Asturias.
- Trini Planas Juan. Comisión técnica formadores y asesors en Educación y promoción de la salud. GAP Mallorca.
- Isabel Rosauero Maqueda. Área de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Palma.
- Joana Sastre Pocoví. Paciente activa.
- Carlos Vecina Merchante. Pacap Illes Balears.

Presentación

Estrategia Social de Promoción de la Salud de las Illes Balears

Patricia Gómez
Consellera de Salut

“No te oculto, Marco, que no basta para una buena vida ser un buen autor de la propia biografía, sino también ser coautor, y bueno, de la biografía colectiva”, recoge el escritor Pedro Olalla en la obra “De senectute politica, Carta sin respuesta a Cicerón, en la que reflexiona, entre otras cosas, sobre si el envejecimiento es o tiene que ser un propósito político.

Ciertamente, la salud es un derecho individual que depende, en buena parte, de factores sociales. Si la edad, el sexo u otros condicionantes genéticos personales no pueden alterarse, sí existen factores, como el estilo de vida, que cada uno de nosotros puede modificar, con más o menos dificultad, y, frecuentemente, con una buena dosis de fuerza de voluntad.

Sin embargo, hay elementos que parecen más difíciles de corregir, como mínimo, individualmente. Son factores ambientales, como la educación, las condiciones de vida y trabajo, la alimentación, la vivienda, el medio ambiente, el acceso a los servicios públicos, que tienen una influencia directa en la salud y la forma en la que envejecemos.

Y es aquí precisamente donde tenemos un margen de mejora y donde la Administración pública tiene la obligación de realizar un esfuerzo adicional y desarrollar políticas de salud dirigidas a garantizar que todas las personas, sean

cuales sean sus condiciones individuales, puedan disfrutar de una buena calidad de vida y la mayor autonomía posible, en la infancia, la juventud o la vejez.

En este sentido, tal y como recoge la Estrategia, el empoderamiento en salud es un proceso social, cultural, psicológico y político, mediante el que las personas se capacitan para expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias para participar en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones concretas para atender dichas necesidades.

De modo que sí, hacer salud es una tarea colectiva y hacer salud debe ser una tarea política, y como parte de esta tarea la Consejería de Salud ha elaborado la Estrategia Social de Promoción de la Salud de las Illes Balears 2016-2026 “Feim salut, faig salut”, que, con una mirada a largo plazo, pretende ser una herramienta práctica para los profesionales.

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que han participado con tiempo y esfuerzo en el diseño del documento, y estoy convencida de que será una excelente guía para avanzar hacia una sociedad más sana que pueda disfrutar con plenitud de todas las etapas de la vida, desde la infancia a la senectud.

M^a José Ramos Montserrat
Directora general Salud Pública y Participación

Desde la Dirección General de Salud Pública y Participación pensamos que la promoción de la salud es el marco más adecuado para abordar los grandes retos que tenemos por delante relacionados con la salud, entendida de forma amplia como bienestar.

Por una parte, sabemos que la salud depende de factores relacionados con el medio ambiente, urbanismo, educación, deportes, movilidad, trabajo. Y por tanto, muchas de las políticas que se desarrollan en esos ámbitos tienen efectos para la salud. Por otra, sabemos que todos los objetivos de desarrollo sostenible están relacionados directa o indirectamente con la salud y el bienestar. Y, finalmente, conocemos las repercusiones que sobre la salud tienen las desigualdades sociales, tanto por razones de género como socioeconómicas, culturales o de país de procedencia.

Pues bien, el marco de promoción de la salud definido en la Carta de Ottawa en el año 1986, continua vigente y es útil para abordar tanto la Estrategia de Salud en todas las políticas, como los objetivos de desarrollo sostenible y también las desigualdades sociales en salud.

Cuando hablamos de Promoción de la Salud, hablamos de políticas públicas favorables a la salud; de trabajar con la ciudadanía para una mejora de la salud, tanto a nivel individual como del conjunto de la comunidad; hablamos de promover los entornos saludables y reorientar los servicios sanitarios para que los profesionales contribuyan a este proceso de empoderamiento de sus pacientes y el desarrollo de la comunidad donde trabajan.

Durante estos cuatro años, la Dirección General de Salud Pública y el Servicio de Salud hemos trabajado duro para ordenar todas aquellas acciones y programas que ya se estaban desarrollando y también para identificar aquellos

que pensamos que sería preciso poner en marcha con el fin de impregnar de promoción de la salud el sistema de salud y, en general, las políticas públicas de nuestra comunidad.

Este documento pretende ser el mapa de dónde estamos y adónde queremos ir. Esperamos que sea útil, tanto para cargos políticos y profesionales técnicos del sector salud y otros sectores, como para la ciudadanía, individual o colectivamente, y tanto desde la salud como desde la enfermedad. Deseamos que este camino no se interrumpa y poder contribuir así a mejorar la salud y el bienestar de la población de las Illes Balears.

[Juli Fuster Culebras](#)
[Director general del Servicio de Salud de las Illes Balears](#)

El Servicio de Salud de las Illes Balears realiza una importante labor, no solo de tipo asistencial sino también en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. De hecho, es tanta la importancia de la promoción de la salud que los mismos presupuestos generales de la comunidad autónoma la recogen en sus objetivos y, de forma más concreta, el Servicio de Salud la incluye en su cartera de servicios y en los contratos de gestión.

A partir de aquí y gracias al trabajo conjunto entre el Servicio de Salud, la Dirección General de Salud Pública y Participación y, en muchos casos, los ayuntamientos, ha sido posible poner en marcha iniciativas innovadoras como la de las rutas saludables, el mapa de activos, el programa de paciente activo o el proyecto de hospitales promotores de la salud, que ocupan buena parte del tiempo y la dedicación de los profesionales que trabajan en los hospitales y centros de salud.

Precisamente esta Estrategia, que nace del trabajo conjunto entre la Dirección General de Salud Pública y Participación y el Servicio de Salud, servirá a los profesionales que quieren desarrollar con éxito proyectos como los citados, y les guiará en el camino que va desde la planificación inicial y la gestión posterior hasta la evaluación final, teniendo en cuenta una visión multidisciplinar que favorece la participación de la comunidad.

Aunque el Servicio de Salud continua trabajando para poner al alcance de la ciudadanía unos servicios sanitarios accesibles, equitativos y modernos, también se debe continuar trabajando para hacer posible que la población disfrute de una buena salud y no tenga que utilizarlos. He ahí la importancia de destinar recursos a potenciar estilos de vida que han demostrado científicamente que tienen una repercusión positiva sobre la salud y la calidad de vida. Esta es nuestra apuesta de futuro.



Introducción

¿Qué determina nuestra salud?

Nuestra Salud depende de muchos factores; entre ellos, algunas características individuales como la edad, el sexo y factores constitucionales, que no tenemos capacidad de modificar, y otros sobre los que sí tenemos capacidad (CSDH, 2008) (Wilkinson, Richard G. Marmot, 2003).

Las maneras en que decidimos vivir cada uno, lo que denominamos estilos de vida, son un importante condicionante de nuestra salud.

Lo que consumimos, lo que comemos, la actividad física que hacemos, con quién nos relacionamos, cómo gestionamos el estrés, etc., tendrá una repercusión tanto en el cuerpo como en nuestra mente. Es importante tomar conciencia de este hecho y que aprendamos a responsabilizarnos de las consecuencias de nuestros actos sobre nuestra salud.

Esta perspectiva individual de la salud supone que tenemos que aprender a escuchar nuestras propias necesidades y a cuidar de nosotros mismos.

Hoy en día sabemos que fumar o llevar una vida sedentaria son prácticas no saludables y otras, como hacer actividad física de manera regular o adoptar la dieta mediterránea, son buenas para nuestra salud.

Pero aún queda mucho por hacer, porque saberlo es un primer paso, pero el reto es adoptar unos estilos de vida más saludables.

El tema es complejo ya que adoptar un determinado estilo de vida no es una decisión individual sino que está socialmente condicionada.

Son muchos, cómo hemos visto antes, los factores que influyen en la salud de las personas y que hacen que la adherencia a la hora de adoptar estilos de vida saludables sea baja o alta; es importante trabajar con un modelo de promoción

de la salud donde haya un aumento de la adherencia a estilos de vida saludables ([Marques-Lopes & Marques-Lopes, 2014](#)) ([Pisano González & González Pisano, 2014](#)).

Nuestros estilos de vida están condicionados por nuestra red de relaciones. La familia, las amistades, la gente de nuestro barrio, pueblo o ciudad, y sus maneras de interactuar con el mundo y con la salud, nos influyen de una o u otra forma.

La idea importante que está detrás de esta perspectiva es que nuestras acciones no sólo tienen repercusión sobre nuestra propia salud, sino también sobre la de las personas que nos rodean.

Esto es así porque al vivir en sociedad, nuestras acciones afectan a los demás y viceversa. Cada uno de nosotros somos modelos de salud, por acción o por omisión, de la gente que nos rodea. Por lo tanto, no se trata sólo de cuidar de uno mismo sino también del otro.

Esto promueve la idea del cuidado en salud, de los mayores a los jóvenes, y viceversa; dentro de la familia, en el barrio, en el grupo de amistades, en el trabajo.

Al mismo tiempo, esta red social que nos rodea está determinada por las condiciones de vida y trabajo, el acceso a bienes y servicios, el transporte, la vivienda, la educación, el medio ambiente, la alimentación, la ocupación, los servicios sanitarios, etc. que afectarán a nuestra salud. Y a la vez, estas condiciones dependerán de las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y ambientales de donde vivimos.

Dependiendo del contexto histórico y político y del lugar donde nacemos, estas condiciones serán diferentes y, por lo tanto, condicionarán nuestros estilos de vida y nuestra salud, de tal forma que un entorno puede favorecer que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir o por el contrario lo puede dificultar.

En las Illes Balears nos encontramos con una característica estructural que condicionará los estilos de vida: la estacionalidad de la actividad productiva vinculada al turismo, el trabajo a turnos, la temporalidad en los trabajos, los periodos

de inactividad, la exposición constante al consumo masivo, son dimensiones que configuran unos estilos de vida que se caracterizan por un mayor riesgo en términos de salud.

Este modelo de determinantes sociales de la salud está estrechamente vinculado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Para poder garantizar una vida sana y una mejora del bienestar de todo el mundo debemos fomentar la salud en relación a todos los ODS e implicar al conjunto de la sociedad en el proceso, puesto que prácticamente todos los ODS están relacionados directamente con la salud. Su logro contribuirá de alguna manera a la mejora de la salud de la población ([World Health Organization \(WHO\), 2016](#)).

Los determinantes sociales de la salud, estructurados en diferentes niveles (Figura 1) ([Dahlgren & Whitehead, 1991](#)), pueden producir diferencias injustas en la salud de las personas y las poblaciones, lo que denominamos desigualdades en salud ([Marmot, 2010](#)); éstas derivan de las desigualdades sociales. Se pueden dar entre la población de un país rico y la de un país pobre, entre una persona en situación de desempleo y otra que tiene trabajo.

Hoy sabemos, además, que estas diferencias no afectan sólo a la parte no privilegiada de la población, sino que también repercuten negativamente en el conjunto.

Esto quiere decir que si una sociedad es muy desigual, si por ejemplo hay una gran diferencia entre los que más y menos salario perciben, esta desigualdad perjudicará la salud de toda la sociedad, también la de los más ricos ([Pickett & Wilkinson, 2015](#)).

Así pues, para reducir estas desigualdades tenemos que actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Por todo ello, el Gobierno tiene la responsabilidad de velar por reducir las desigualdades en salud, y realizar acciones y políticas que promuevan la equidad. Es necesario fomentar

esta mirada a todos los niveles, especialmente entre los políticos y los técnicos que toman decisiones que nos afectan en nuestra condición de sociedad.

Figura 1. Modelo socioeconómico de salud.



Fuente: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Esto implica también la aplicación del principio de equidad en las intervenciones y políticas que se llevan a cabo.

El principio de equidad hace referencia a que las personas puedan desarrollar su potencial de salud independientemente de su estatus social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, ofreciendo igualdad de oportunidades a todas las personas y colectivos.

Para conseguirlo, las acciones tienen que ser universales, pero con una escala e intensidad proporcionales al nivel de desventaja, lo que se denomina universalismo proporcional.

La promoción de la salud

La salud en las Illes Balears ha cambiado en las últimas décadas, al igual que en la mayoría de los países occidentales.

La mejora de las condiciones de vida, así como los avances científicos y tecnológicos ha supuesto un aumento de la esperanza de vida. Este hecho nos lleva a nuevos retos ya que vivimos más y queremos hacerlo con la mejor calidad de vida posible.

El modo de abordar la salud debe adaptarse y, para ello, es necesario un nuevo enfoque (Funnell & Anderson, 2004), una nueva estrategia.

Hoy sabemos que factores como el medio ambiente o las condiciones de vida y de trabajo de las personas tienen más impacto sobre la salud que las actuaciones de los servicios sanitarios.

Al mismo tiempo, la mayoría de acciones de los servicios sanitarios giran en torno a la enfermedad. Son intervenciones curativas, paliativas o en algunos casos de prevención de la enfermedad.

Pero, a menudo, se deja de lado la perspectiva que quiere ser el eje integrador de esta Estrategia: una perspectiva salutogénica, que mire más hacia la salud que hacia la enfermedad.

Sin dejar de tratar la enfermedad, es necesario centrar la mirada también en lo que nos da bienestar y nos hace sentir mejor, así como en las actuaciones que podemos hacer para acercarnos.

Porque partimos de una idea integral de salud, que tiene componentes biológicos, pero también psicológicos, sociales y espirituales y deben abordarse todos si se quiere llegar al máximo potencial de salud (Mittelmark et al., 2017) (Hernán, Morgan, & Mena, 2010).

La promoción de la salud supone dotar de herramientas, conocimientos y recursos a la ciudadanía y a las personas con responsabilidades políticas para que puedan tomar las mejores decisiones respecto a su salud, la salud de su comunidad o la salud de la población de las que son responsables.

Significa empoderar a estas personas: hacer que adquieran conciencia de la capacidad que tienen de influir en la salud individual y colectiva, y dotarlas de herramientas para llevar a cabo cambios.

El empoderamiento en salud es un proceso social, cultural, psicológico y /o político, mediante el cual las personas aprenden a expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias para participar en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones concretas para hacer frente a estas necesidades.

Una idea clave relacionada con este empoderamiento es la de la alfabetización en salud: las habilidades y los conocimientos de las personas y comunidades que determinan la motivación y la capacidad para acceder, comprender y utilizar los recursos y la información con un objetivo de salud (Gabarrón & Fernandez-Luque, 2014).

El objetivo de cualquier intervención en la promoción de la salud pasa por este proceso de alfabetizar en salud y capacitar para la toma de decisiones autónomas para mejorar la salud.

La idea de trabajar individual y colectivamente para mejorar la propia salud o la de los demás ha sido determinante para elegir el lema de esta estrategia “**Fem Salut, faig Salut**” (“Hacemos Salud, hago Salud”).

Este lema implica trabajar de forma individual con el fin de que la persona, sana o con un problema de salud, tenga los conocimientos, las habilidades y las herramientas para alcanzar el máximo potencial de salud y por otro lado, colectivamente para que las comunidades y los responsables de las políticas trabajen para promover la salud de su

comunidad, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los diferentes grupos de población, es decir, con equidad. (Cofiño, Pasarín, & Segura, 2012).

Las principales ideas de esta Estrategia nacen de La Carta de Ottawa, que contiene los acuerdos de la I Conferencia Internacional sobre promoción de la salud e identifica cinco áreas de acción: desarrollo de políticas públicas saludables, creación de entornos favorecedores de la salud, consolidación de la acción comunitaria, desarrollo de las habilidades personales y la reorientación de los servicios sanitarios hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud (World Health Organization (WHO), 1986).

¿Cómo actuamos para promover la salud?

Para continuar trabajando en línea con la carta de Ottawa contamos con un conjunto amplio de herramientas que han demostrado su eficacia. Con algunas tenemos más experiencia y otras son más nuevas, pero lo primordial es que todas son útiles y que, bien coordinadas, todas suman.

Una herramienta fundamental es la educación para la salud, sobre todo cuando es respaldada por un cuerpo pedagógico participativo, que se centra en dar protagonismo a todas las personas implicadas y que reconoce la amplia variedad de maneras de entender, y por tanto, reflexiona sobre los procesos de aprendizaje y capacitación. (Pérez Jarauta & Echaury Ozcoidi, 2013).

Otra de las herramientas de trabajo más significativas de la promoción de la salud en el ámbito poblacional, aunque no la única, es la acción comunitaria.

Las intervenciones comunitarias pretenden incidir en el ambiente poblacional cercano, el barrio, el pueblo, los grupos de iguales, personas que comparten intereses, para promover estilos de vida saludables o mejorar las condiciones de los determinantes de la salud.

Intervenciones que promuevan entornos saludables (como centros educativos, hospitales o empresas saludables), que favorezcan procesos de participación, que pongan a disposición de la ciudadanía recursos públicos para, por ejemplo, la promoción de actividades físicas como las rutas de paseo. (Cabeza E, Artigues G, 2012).

Es decir, hacer intervenciones sostenidas en el tiempo (que no sean puntuales) que tengan a las comunidades como protagonistas y como eje central, y que pretendan mejorar su bienestar mediante el refuerzo de sus redes y la generación de procesos de cambio acordes con sus demandas y necesidades.

No tan sólo se trata de trabajar en el ámbito comunitario, sino de trabajar con la comunidad, potenciándola como un agente más (March et al., 2014).

El reconocimiento de la amplia variedad de determinantes que inciden en la salud nos lleva a otra idea: la importancia de trabajar el tema de la salud más allá del sector sanitario, desde un punto de vista holístico. Educación, vivienda, movilidad, servicios sociales, etc, son aliados naturales para la promoción de la salud.

Cualquier estrategia que aborde la promoción de la salud, debe considerarse una apuesta por este trabajo intersectorial, dado que es una herramienta más para el logro de los objetivos.

Esta apuesta implica, en primer lugar, analizar y, posteriormente, tener en cuenta las dificultades existentes para la coordinación y comunicación entre sectores.

Será necesario reducir los problemas identificados para avanzar en salud.

Al mismo tiempo, los políticos, legisladores y técnicos que trabajan en sectores distintos al de la salud, deben ser conscientes de que sus acciones repercuten en la salud de las personas y de las poblaciones.

Esto implica la necesidad de incorporar la perspectiva recomendada por la Organización Mundial de la Salud: Salud en todas las políticas (SeTP) (Rudolph, Caplan, Ben-Moshe, & Dillon, 2013) (World Health Organization (WHO), 2015) (World Health Organization (WHO), 2014).

Reflexionar, de forma sistemática, antes de poner en marcha un proyecto sobre cuáles serán las repercusiones que tendrá para la salud de la población y sopesarlo bajo esta nueva perspectiva.

Por eso puede ser útil aplicar técnicas de evaluación del impacto en la salud a las nuevas acciones y legislaciones que se realicen. Existen diversas técnicas: cuestionarios,

estudios cuantitativos de proyección de costes o revisiones de la literatura científica.

En cualquier caso, tienen en común el poder de hacer reflexionar sobre el impacto potencial, positivo y negativo que determinadas acciones (como una nueva normativa de trabajo o una reforma urbanística) pueden tener sobre la salud de las poblaciones.

Además, se trata de no generar desigualdades en salud en nuestra población, por lo que, además de la salud, será importante conocer el impacto de las políticas en la equidad, así como intentar que las nuevas acciones tengan en cuenta las necesidades específicas de todas las personas en función de los diferentes ejes de equidad (edad, género, identidad de género, orientación sexual, país de origen, situación socioeconómica, nivel de ingresos, nivel de estudios, situación laboral, territorio, etnia y diversidad funcional) (Ministerio de Sanidad & España, 2015). Esta Estrategia apuesta, por tanto, por el enfoque de “Salud y equidad en todas las políticas”.

Desde esta perspectiva pedagógica, el contexto actual de nuestra sociedad destaca la utilidad de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como otra herramienta importante para empoderar a las personas y mejorar su alfabetización en salud (Choque, 2011).

El uso de las nuevas tecnologías tiene, hoy en día, un impacto fundamental en nuestras vidas. Son herramientas de comunicación, de trabajo, de ocio y de creación de ideas y discursos, y tienen una gran influencia en lo que hacemos (Balatsoukas, Kennedy, Buchan, Powell, & Ainsworth, 2015).

Es imposible imaginar hoy la comunicación sin teléfonos móviles y la variedad de aplicaciones que les damos. Internet es actualmente un espacio abierto a la información. Cada vez más gente se acerca para buscar datos sobre salud. Pero eso no es todo.

Las opciones de las webs 2.0 u otras tecnologías más desarrolladas, ofrecen posibilidades de interacción, participación y creación, que son especialmente interesantes para la idea

de empoderamiento que conlleva esta Estrategia.

Existen multitud de plataformas digitales y aplicaciones para móviles que abordan el tema de la promoción de la salud.

Por tanto, las tecnologías de la información y la comunicación, se convierten en aliados estratégicos para la promoción de la salud, si bien se debe prestar especial atención a que estas no generen desigualdades entre aquellas personas que, o bien no tienen acceso a ellas o bien no saben manejarlas (Gordon & Hornbrook, 2016).

La educación para la salud, las tecnologías de la información, las intervenciones comunitarias que promuevan procesos de participación ciudadana, la intersectorialidad, las evaluaciones del impacto en salud y la integración de la equidad, son herramientas necesarias para trabajar en la promoción de la salud.

Cada ámbito y programa utilizará y adaptará las que necesite, dentro del marco de la Estrategia, en función de los objetivos específicos y de la población diana de cada programa o actuación que se lleve a cabo.

Por ejemplo, tal como se ha mencionado antes, sabemos que a pesar del uso extendido de internet en la sociedad, aún existe un porcentaje de la población que no lo usa. Es lo que se denomina la brecha digital.

Esta afecta más a la gente mayor y a la que tiene un bajo nivel educativo; estos grupos son también los que tienen más problemas de salud y, por tanto, más necesidad de ser los objetivos de las intervenciones de promoción de la salud, bajo la perspectiva de equidad anteriormente citada.

Si sólo se aplicaran intervenciones basadas en tecnologías de la información y la comunicación, se cumpliría la llamada ley de cuidados inversos: se estaría ofreciendo más ayuda a los que menos la necesitan (Tudor Hart, 1971).

Por ello, contar con un abanico de herramientas distintas permite dar un enfoque de equidad que permita llegar a todos.

Del mismo modo, el enfoque pedagógico nos dice que las personas tenemos diferentes maneras de aprender y que utilizar un conjunto de herramientas diferentes pero relacionadas entre sí, nos da más garantías de conseguir transmitir lo que pretendemos. Estas herramientas pueden ser perfectamente compatibles, por lo que una intervención comunitaria se verá reforzada si cuenta con la participación de la comunidad, y esta participación podrá ser impulsada mediante las TIC o los abordajes intersectoriales.

Marco de actuación

La Estrategia debe establecer un marco de coordinación entre los diferentes niveles que permita desarrollar acciones relacionadas con la salud y sus determinantes.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria ([Agencia Estatal BOE, 1978](#)).

La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, indica que las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población ([BOE-A-1986-10499, 1986](#)).

En nuestro ámbito, el artículo 30.48 del Estatuto de Autonomía (1983) atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva para la promoción de la salud en todos los ámbitos ([Llei, 1983](#)).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, define las prestaciones de salud pública como “el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población” y establece que se deben ejercer “desde las estructuras de salud pública, atención especializada y de atención primaria del Sistema Nacional de Salud” ([BOE-A-2003-10715, 2003](#)).

En el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se definen las competencias de salud pública y de atención primaria en relación a la promoción de la salud ([BOE-A-2006-16212, 2006](#)) y la Ley 33/ 2011 General de Salud Pública profundiza en aspectos como la salud en todas las políticas y la equidad, al incorporarlos como principios rectores ([BOE-A-2011-15623, 2011](#)).

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en colaboración con las comunidades autónomas elaboró la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada en el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013, en el marco de la Estrategia del abordaje de la cronicidad ([Ministerio de Sanidad, 2012](#)).

Esta estrategia es una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados y propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a promover la salud y prevenir enfermedades, lesiones y la discapacidad, y se caracteriza por su abordaje integral y por entornos ([Ministerio de Sanidad, 2014](#)).

Además, en las estrategias contempladas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (EPOC, Paliativos, ictus...) ([Direcció General de Planificació i Farmàcia. Conselleria de Salut de les Illes Balears, n.d.](#)), así como en las adaptaciones que se han hecho o se están elaborando en la Comunidad autónoma de las Illes Balears, Atención Primaria tiene un papel relevante ya que se reconoce la necesidad de abordar la promoción y educación para la salud y de fomentar el autocuidado para mejorar la salud de las personas con patologías crónicas.

A nivel autonómico en el artículo 77 de la Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, se señala que “la atención primaria es la responsable de las medidas de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y educación sanitaria de la población de la zona básica de salud”, y que “el equipo de atención primaria debe actuar coordinadamente con la conselleria competente en materia sanitaria, especialmente en la promoción y defensa de la salud pública” ([BOIB, 2003](#)).

Por otro lado, la Ley 23/2006 del 20 de diciembre de capitalidad de Palma en el artículo 97 considera la información sanitaria, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como áreas de actuación del ayuntamiento en materia de salud pública ([BOIB, 2006](#)).

La Consellería de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública y Participación, ejerce competencias, entre otras, en materia de promoción de la salud, participación de la ciudadanía, profesionales y asociaciones de pacientes y prevención de las enfermedades, de acuerdo con el Decreto 24/2015, de 7 de agosto, por el que se establecen las competencias y la estructura orgánica básica de las consellerias de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears ([BOIB, 2015](#)).

En relación a la participación, la ya citada Ley 33/2011 General de Salud Pública recoge en el artículo 5: “Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tienen derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública.

Las Administraciones públicas competentes establecerán los cauces concretos que permitan hacer efectivo este derecho” y en el artículo 16: “Las Administraciones públicas competentes promoverán la participación efectiva en las actuaciones de promoción de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que lo representen” ([BOE-A-2011-15623, 2011](#)).

Paralelamente, la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears dispone que una de las funciones esenciales de la salud pública es la de fomentar la participación social y reforzar el conocimiento y control de los ciudadanos sobre su salud ([BOIB, 2010](#)).

El Plan Estratégico 2016-2020 de la Conselleria de Salut, hace referencia a que la salud requiere una visión comunitaria con la implicación de profesionales de distintos ámbitos así como de toda la sociedad en general ([Zaldivar et al., 2017](#)).

Así pues, la Dirección General de Salud Pública y Participación tiene, entre sus funciones, coordinar las acciones de promoción de la salud desde los servicios sanitarios, principalmente con el Servicio de salud, y desde otras instituciones y organismos.

Es, por tanto, el enlace entre los servicios sanitarios y los municipios y también con el resto de sectores: educación, medio ambiente, trabajo, etc, tanto a nivel municipal, como insular o autonómico.

Además, para que los servicios sanitarios se reorienten con el fin de dar más preponderancia a la promoción de la salud, es necesaria una alianza estratégica y consistente entre Salud Pública y el Servicio de Salud. Fruto de esta alianza nace esta Estrategia de Promoción de la Salud.

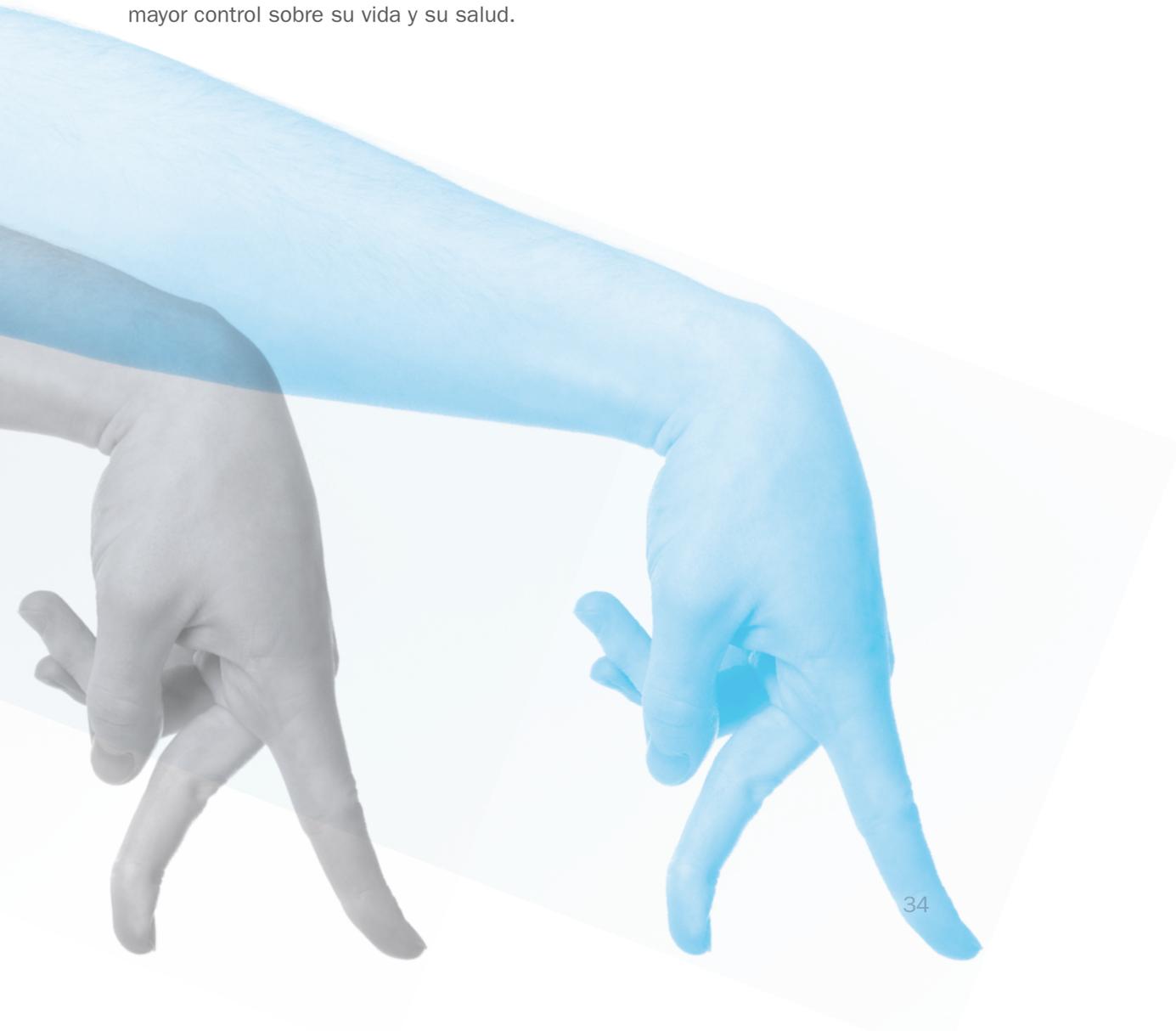
Visión

Promover una sociedad en la que las personas, las familias y las comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, y en la que trabajar para la salud sea asumido como una tarea de todos.



Misión

Establecer un marco de trabajo común donde profesionales y representantes institucionales, de la salud y de otros ámbitos, gracias a la incorporación del enfoque de salud y equidad en todas las políticas y la participación de la población, orienten sus intervenciones de manera coordinada con el fin de conseguir que los individuos y las comunidades tengan más autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre su vida y su salud.



Valores

· **Participación:** la participación es esencial para la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones de promoción de la salud. Además, no sólo es un medio, sino que también es un fin en sí misma y, por tanto, un bien en salud.

· **Equidad:** la Estrategia incorpora la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y aboga por la reducción de los ejes que marcan las desigualdades en salud (territorio, edad, género, clase social y país o cultura de procedencia); por ello, adoptará en sus acciones las medidas selectivas necesarias para conseguir el máximo potencial de salud de cada persona y comunidad.

· **Integridad:** se parte de una concepción amplia de salud que integra lo biológico, lo psicológico y lo social. Por lo tanto, se trabajará la salud individual, pero también la salud comunitaria o colectiva.

· **Responsabilidad social para la salud:** una implicación de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, es que la salud está influenciada por ellos, esto significa que la responsabilidad en salud no es sólo individual, sino que se extiende a la estructura comunitaria y social. Esto implica fundamentalmente que la Administración y los políticos y políticas que la representan, tienen la responsabilidad de proteger y cuidar la salud de las poblaciones y aportar las condiciones para que ésta mejore.

Por otra parte, es necesario crear conciencia social sobre cómo nuestras acciones afectan a nuestro entorno cercano, y como podemos ser modelos y generar más salud a nuestro alrededor, por ejemplo, a través de la adopción de estilos de vida saludables.

Principios rectores

- **Coordinación intersectorial:** la Estrategia nace con la vocación de trabajar en colaboración con otros sectores diferentes al de la salud para conseguir sus objetivos, y buscar nuevas formas de coordinación que mejoren los canales de comunicación y decisión.
- **Evidencia:** la Estrategia se nutre en sus principios y acciones de la evidencia científica disponible.
- **Complementariedad:** las acciones que se proponen en esta Estrategia son compatibles entre sí y no interfieren en la viabilidad de las acciones que ya se realizan en el ámbito de la salud sino que la complementan.
- **Evaluación:** las iniciativas y actuaciones deberán ser evaluadas, en cuanto a la implementación del proceso y los resultados en salud obtenidos, y reorientadas en función de las personas y comunidades a las que se dirige.
- **Transparencia y rendición de cuentas** de las actuaciones realizadas como factores que otorgan legitimidad, credibilidad y confianza.

Esta Estrategia debe seguir estos principios, al igual que el resto de acciones del Gobierno de las Illes Balears.

Elementos comunes

La Estrategia pretende ser un marco común de intereses y esfuerzos dirigidos hacia el mismo objetivo de promoción de la salud.

En este sentido recoge diversos programas e intervenciones que comparten unos elementos comunes que son centrales para la Estrategia: la idea de la pedagogía activa, el marketing social, la participación y los ejes que marcan las desigualdades en salud (territorio, edad, género, clase social y país o cultura de procedencia).

La pedagogía activa: las intervenciones de promoción de la salud tienen, entre sus objetivos, empoderar a las personas y a las comunidades para que tengan herramientas y habilidades que les permitan tomar mejores decisiones en el ámbito de la salud.

Como paso intermedio para llegar a este empoderamiento, cabe mencionar la idea de alfabetizar en salud y para esta alfabetización es fundamental no perder de vista cómo transmitimos estos conocimientos y enseñamos estas habilidades.

La pedagogía, es un elemento importante de la Estrategia. Particularmente, se opta como elemento común por la pedagogía activa, que es la que promueve el análisis y la transformación de la realidad para conseguir una autodeterminación personal y social, y el desarrollo de la conciencia crítica. (Pérez Jarauta&Echauri Ozcoidi,2013).

En el marco de esta perspectiva pedagógica, se tendrá particularmente en cuenta el enfoque del aprendizaje significativo, proveniente de las metodologías de la educación para la salud que han demostrado mayor eficacia.

Se trata de sugerir que las personas indaguen en sus realidades partiendo de sus propios contextos, de sus vivencias, conocimientos y creencias. Desde este punto de partida individualizado, se profundiza en el tema para reflexionar y desarrollar diferentes aspectos.

Por último, la idea es cerrar los procesos de aprendizaje planteando la perspectiva de la acción: cómo tomar decisiones, cómo adaptar los nuevos conocimientos a nuestra realidad, y qué se necesita para incorporarlos y evaluar el impacto de esta acción para posteriormente decidir si la reproduciremos en futuras acciones similares.

Aplicar esta metodología supone romper con el modelo pedagógico tradicional, donde un técnico exponía contenidos ante una audiencia pasiva afirmando lo que estaba bien y lo que no.

En este modelo, el docente es un acompañante y dinamizador del proceso de aprendizaje, que se centra en los sujetos y en su contexto, y que tiene como punto de partida sus conocimientos y maneras de entender el mundo y la vida.

Por lo tanto, se abogará para que las intervenciones y los programas realizados en el marco de esta Estrategia utilicen este enfoque de pedagogía activa que da el protagonismo a las personas y promueve los cambios.

El Marketing social: no se puede negar la poderosa influencia de la publicidad en el mundo moderno. Para bien o para mal, el impacto que ésta ha tenido en el último siglo es incalculable y llega a todos los niveles, incluida la salud ([Alber to & Santos, n.d.](#)).

Un claro ejemplo de ello es el tabaco que, gracias a la publicidad, se transformó en un producto de consumo masivo a nivel mundial, con el consiguiente impacto para la salud global. Pero ahora es el momento de dar otra visión y aprovechar las técnicas, los avances y los aprendizajes de la tecnología moderna para posicionar la salud y los comportamientos saludables como valores sociales y deseables.

El marketing social en salud pretende que la sociedad adopte y acepte determinadas ideas y valores saludables, así como la promoción y la consolidación de cambios voluntarios de comportamiento para mejorar el bienestar de la población. La Organización Mundial de la Salud, así como otros organis-

mos internacionales, abogan por el uso del marketing social en salud para promover estilos de vida saludables.

La idea consiste en transformar la información técnica basada en la evidencia en mensajes atractivos, claros y sencillos (identificación de los mensajes a transmitir), que tengan entidad e identidad (selección de logotipos y lemas), y en cuidar los detalles de la presentación y de los canales (cómo y dónde difundimos la información), así como el objeto de los mensajes (a quién va dirigido), con el objetivo de transmitir ideas positivas sobre la salud en la sociedad.

La participación: todas las herramientas mencionadas para trabajar la promoción de la salud, la educación para la salud, las TIC, las intervenciones comunitarias, la actuación sobre activos o el trabajo intersectorial, tienen un elemento común que también lo será de esta Estrategia, es decir, la necesidad de participación comunitaria.

Hay evidencia científica que dice que las intervenciones funcionan mejor cuando durante su diseño y desarrollo se ha tenido en cuenta a las personas sobre las que se actuará ([Salud Y Servicios Sanitarios & Asturias, 2011](#)) ([Ruiz-Giménez Aguilar, n.d.](#)).

Los grupos de personas tienen dinámicas, valores y prioridades que pueden diferir entre unas y otras, por lo que las intervenciones deben escuchar y adaptarse a estas necesidades.

Hay muchas maneras de articular esta participación, pero el elemento común es tenerla en consideración en todas las fases del proceso (desde el diseño hasta la evaluación) y poner énfasis en ella.

Además de mejorar la efectividad de las intervenciones, la participación también es un bien en sí mismo. La evidencia dice que participar con otras personas en el logro de los objetivos, es decir, hacer grupo relacionándonos con otras personas, es positivo para la salud.

Por lo tanto, la participación no sólo constituye un medio para tener salud, sino que puede ser salud en sí misma ([IUPHE, n.d.](#)) ([Ruiz-Azarola & Perestelo-Pérez, 2012](#)).

¿A quién va dirigida la Estrategia?

· A la sociedad en su conjunto.

El conjunto de la población de las Illes Balears debe ir incorporando algunas de las ideas mencionadas en esta Estrategia, como son la del marco de los determinantes sociales en salud, la influencia de los entornos y de los estilos de vida en la salud, la responsabilidad social para la salud y el potencial que tienen las personas y las comunidades de mejorar sus propias condiciones de salud cuando existe un fuerte compromiso político con esta. Un aspecto a tener en cuenta es el hecho de que un 20% de la población residente en las islas es extranjera, siendo un 10% de origen extracomunitario.

· A los políticos y políticas, así como a los profesionales que tienen responsabilidad con sus decisiones sobre la salud de la población.

Se trata de incorporar la perspectiva de la salud en todas las actuaciones, a cualquier nivel de gobierno (autonómico, insular y local) y en cualquier sector (educación, medio ambiente, trabajo, urbanismo, movilidad, etc.), incluidos los servicios sanitarios.

· A las comunidades.

Entendemos por comunidades aquellos grupos de personas que viven cerca los unos de los otros, que tienen intereses comunes o una serie de vínculos sociales y que, en muchos casos, comparten una misma motivación o necesidad en un periodo de tiempo determinado.

Estas comunidades pueden o no adoptar estructuras orgánicas formales. Una comunidad puede ser un barrio (esta es la definición tradicional de comunidad), una asociación de personas con intereses comunes, un grupo de gente que comparte el mismo origen, un centro educativo o sanitario o una empresa.

Uno de los elementos clave es que la comunidad debe ser consciente de la oportunidad que tiene para modificar la realidad existente y quiera actuar colectivamente para conseguir

una mayor influencia y control sobre los factores que determinan la salud y la calidad de vida de su comunidad.

· A personas con una enfermedad crónica y a las personas que las cuidan.

Las personas con enfermedades crónicas, sus familias y las personas que las cuidan conviven con la enfermedad y tienen unas necesidades muy concretas para mejorar y mantener su salud y calidad de vida.

· A las personas sanas que quieran mantener o mejorar su salud.

Todas las personas se pueden beneficiar de los programas y de las intervenciones centradas en los individuos, con independencia de su estado de salud. Por ejemplo, los consejos sobre estilos de vida saludables o los mensajes publicitarios irían en esta línea.

Figura 2. A quien se dirige “Feim Salut, faig salut”



Fuente. Sebastià March elaboración propia.

la Sociedad

Objetivo general

Objetivos específicos, acciones e indicadores

SP. DGSPiP / IBS. Servei de Salut

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

Objetivo general

Promover una sociedad consciente de cómo los entornos y estilos de vida inciden en su salud, y de los potenciales que tienen como personas y comunidades para transformarla mediante su participación activa y abogando por políticas que tengan la salud como objetivo fundamental.

Objetivos específicos, acciones e indicadores

OE.1. Difundir a la población de las Illes Balears las ideas, objetivos y valores en los que se fundamenta la Estrategia.

SP

AC.1. Desarrollar una estrategia de marketing para dar a conocer la Estrategia y la plataforma.

IND.1. Número de campañas sobre la Estrategia en medios tradicionales y redes sociales: Mínimo 1 al año.

SP

AC.2. Elaborar una plataforma web de la Estrategia que incluirá los programas y recursos de las diferentes líneas de actuación.

IND.2. Existencia de la plataforma web: Sí/No.

OE.2. Coordinar y difundir las actuaciones de la Estrategia entre los diferentes niveles, sectores y actores implicados.

SP

AC.3. Constituir un grupo coordinador de la Estrategia formado por técnicos de Salud Pública, del Servicio de Salud y del ámbito local, representantes de algunas comunidades (Ayuntamientos) y de la ciudadanía.

IND.3. Existencia de un grupo coordinador: Sí/No.

SP IBS

AC.4. Realizar actividades informativas de los resultados de la Estrategia a todos los sectores implicados.

IND.4. Número de actividades institucionales para la difusión de la Estrategia por sector: Mínimo 1 al año.

Políticos, políticas y profesionales que tienen responsabilidad con sus decisiones sobre la salud de la población

SP. DGSPiP

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

Objetivo general

Incorporar la perspectiva de la Salud y de equidad en las actuaciones de la administración para avanzar hacia una gobernanza para la salud en las Illes Balears y reducir las desigualdades en salud (*Estrategia de Salud en todas las políticas- SeTP*).

Objetivos específicos, acciones e indicadores

OE.3. Crear un observatorio de desigualdades en salud.

SP **AC.5.** Identificar los determinantes sociales de la salud basados en la evidencia y revisar el impacto en salud.

IND.5. Número de informes por cada determinante/número de determinantes.

SP **AC.6.** Realizar un análisis de la situación de los determinantes sociales con impacto en la salud de la población de las Illes Balears.

IND.6. Informe del análisis de situación de los determinantes sociales de la salud en las Illes Balears: Sí/No.

SP **AC.7.** Identificar una batería de indicadores para monitorizar los determinantes sociales de la salud en las Illes Balears.

IND.7. Existencia de una batería de indicadores de determinantes sociales de la salud: Sí/No.

SP **AC.8.** Elaborar un informe periódico sobre la situación de los determinantes sociales de la salud en las Illes Balears.

IND.8. Informe de resultados / 5 años.

OE.4. Diseñar e implementar una estrategia de SeTP de acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para que el bienestar y la equidad sean metas dentro del conjunto de las políticas públicas.

AC.9. Constituir una comisión intergubernamental con representantes de las diferentes consellerías, consejos insulares y ayuntamientos.

CSa

IND.9. Existencia de la comisión intergubernamental SeTP: Sí/No.

AC.10. Identificar políticas susceptibles de evaluar el impacto en salud, analizarlas y priorizarlas en relación a los ODS.

SP

IND.10. Número de políticas identificadas y analizadas.

AC.11. Revisar y seleccionar herramientas para la realización de las evaluaciones del impacto en salud para ofrecerlas a otros sectores de la Administración.

SP

IND.11. Existencia de una herramienta de cribaje Sí/No.

AC.12. Evaluar el impacto en la salud de las políticas priorizadas.

SP

IND.12. Número de evaluaciones del impacto en la salud realizadas: Mínimo 1 al año.

OE.5. Promover mecanismos eficientes de coordinación y trabajo intersectorial en el abordaje de la promoción de la salud.

AC.13. Participar activamente en aquellas comisiones y comités impulsados por otras consellerías e instituciones del ámbito local o autonómico para integrar la salud en sus políticas.

SP

IND.13. Asistencia representante/número de reuniones convocadas (por cada comisión).

SP AC.14. Reforzar aquellas comisiones y comités impulsados por la Conselleria de Salut con participación de otras consellerías e instituciones de ámbito local y autonómico, así como crear las que se consideren necesarias.

IND.14. Número de actuaciones conjuntas realizadas por cada una de las comisiones.

SP AC.15. Conceder ayudas a las entidades y asociaciones locales para potenciar el trabajo intersectorial.

IND.15. Convocatoria de subvenciones para la promoción de la salud: 1 al año.

OE.6. Capacitar a los políticos, gestores y profesionales para promover, implementar y evaluar la Estrategia SeTP en su ámbito de actuación.

SP AC.16. Sensibilizar e informar a los políticos y técnicos de la Administración sobre la relación de su ámbito de trabajo con la salud de la población.

IND.16. Número de actividades de sensibilización sobre SeTP dirigidas a decisores o técnicos de otras administraciones: Mínimo 3/año.

SP AC.17. Ofrecer formación sobre los determinantes sociales de la salud, SeTP y la evaluación del impacto en la salud a los diferentes niveles de la Administración y dirigida tanto a políticos como a gestores y técnicos.

IND.17. Número de actividades formativas sobre SeTP dirigidas a decisores o técnicos de otras administraciones: Mínimo 3 al año.

las Comunidades

Objetivo general Objetivos específicos, acciones e indicadores

CSa. Conselleria de Salut / CEd. Conselleria d'Educació

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

Objetivo general

Proporcionar a las comunidades el marco necesario para adquirir los conocimientos, actitudes, habilidades y recursos para desarrollar el grado máximo de autonomía y ofrecerles entornos que faciliten que la opción más saludable sea la más sencilla de adoptar.

Objetivos específicos, acciones e indicadores

OE.7. Realizar y asegurar la sostenibilidad de las intervenciones de promoción de la salud en el ámbito: Educativo

CSa CEd

AC.18. Crear la red autonómica de centros educativos promotores de la salud (CEPS) e integrarla en la europea.

IND.18. Existencia de la red Sí/No.

CSa CEd

AC.19. Incorporar de forma progresiva los centros educativos promotores de la salud a esta red.

IND.19. Incremento anual de un 10% de CEPS adheridos.

CSa CEd

AC.20. Mejorar las habilidades de los profesionales docentes en promoción de la salud tanto en pre como en postgrado.

IND.20. Porcentaje de profesionales docentes formados en promoción de la salud.

CSa CEd

AC.21. Intercambiar experiencias entre los distintos centros educativos que realizan intervenciones de promoción de la salud y las entidades (ONG, ayuntamientos, consejos insulares etc.) que trabajan en la promoción de la salud en los centros educativos.

IND.21. Desarrollo de una jornada de intercambio de experiencias en CEPS: 1 cada 2 años.

AC.22. Establecer estrategias para facilitar o conseguir la inclusión de los niños y jóvenes con problemas crónicos de salud en los centros educativos.

CSa CEd

IND.22. Existencia de subcomisión Sí/No.

AC.23. Colaborar en el proyecto de universidad saludable de la Universitat de les Illes Balears (UIB), como entorno promotor de la salud.

UIB SP

IND.23. Número de actividades conjuntas realizadas en la UIB sobre promoción de la salud. Mínimo 3 al año.

OE.8. Realizar y asegurar la sostenibilidad de las intervenciones de promoción de la salud en el ámbito: Comunitario.

AC.24. Reforzar las estructuras de participación comunitaria ya existentes y ayudar a la creación de otras en barrios o pueblos donde no las hay, priorizando las áreas más desfavorecidas, con participación de la ciudadanía.

SP

IND.24. Número de estructuras e informe de las actividades realizadas.

AC.25. Completar el mapa de activos de las Illes Balears.

SP IBS

IND.25. Número de nuevos ayuntamientos con mapa de activos en salud: mínimo 5 al año.

AC.26. Dar apoyo a intervenciones comunitarias existentes e iniciar otras, basadas en la evidencia, en caso de que sea necesario.

SP IBS

IND.26. Número de intervenciones realizadas que cumplen los criterios de actividad comunitaria, con informe de evaluación.

AC.27. Impulsar el intercambio de experiencias entre las distintas estructuras de participación comunitaria, asociaciones, entidades etc.

SP IBS

IND.27. Desarrollo de una jornada de intercambio de experiencias en participación comunitaria 1 al año.

IBS. Servei de Salut / CSa. Conselleria de Salut
UIB. Universitat de les Illes Balears / SP. DGSPiP
CEd. Conselleria d'Educació

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

SP IBS

AC.28. Formar a profesionales de los ayuntamientos, entidades, organizaciones ciudadanas, etc., en salud comunitaria

IND.28. Actividades formativas de salud comunitaria por sector: mínimo 2 al año.

OE.9. Realizar y asegurar la sostenibilidad de intervenciones de promoción de la salud en el ámbito: Sanitario.

SP IBS

AC.29. Reforzar los proyectos de salud comunitaria y los programas de promoción de la salud desarrollados por la Dirección General de Salud Pública y participación y el Servei de Salut.

IND.29. Porcentaje de equipos de Atención primaria (EAP) que han puesto en marcha proyectos de salud comunitaria.

IND.30. Cobertura anual de los programas desarrollados.

SP IBS

AC.30. Realizar un plan de formación en participación comunitaria para los profesionales sanitarios.

IND.31. Número de actividades formativas para profesionales sanitarios en participación comunitaria. Mínimo 1 al año.

IBS SP

AC.31. Implementar el proyecto de prescripción social desde el ámbito de atención primaria.

IND.32. Número de nuevos centros de salud que hacen prescripción social: mínimo 5 al año.

IND.33. Porcentaje de profesionales que hacen prescripción social por ZBS, isla.

SP IBS

AC.32. Desarrollar el programa de centros sanitarios promotores de la salud.

IND.34. Número de nuevos centros adscritos al programa de Centros sanitarios promotores de la salud: mínimo 2 al año.

AC.33. Crear redes y favorecer el intercambio de experiencias entre centros sanitarios promotores de la salud.

SP IBS

IND.35. Existencia de red Sí/No

IND.36. Desarrollo de una jornada de intercambio de experiencias entre centros sanitarios promotores de la salud: 1 al año.

OE.10. Realizar y asegurar la sostenibilidad de intervenciones de promoción de la salud en el ámbito: Laboral.

AC.34. Formar en promoción de la salud a los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales.

SP

IND.37. Número de actividades formativas en promoción de la salud para servicios de prevención de riesgos laborales: Mínimo 2 al año.

AC.35. Desarrollar el programa Empresas saludables de acuerdo con la Declaración de Luxemburgo y la filosofía de la red europea de promoción de la salud en la empresa (ENWHP).

SP CTb

IND.38. Número de nuevas empresas adscritas al programa de Empresas saludables: Mínimo 2 al año.

AC.36. Crear redes e intercambio de experiencias entre las diferentes empresas saludables.

SP CTb

IND.39. Desarrollo de una jornada de intercambio de experiencias en empresas saludables: 1 al año.

AC.37. Incluir objetivos y actividades de promoción de la salud en la Estrategia de salud laboral así como en sus planes operativos.

CTb SP

IND.40. Número de actividades de promoción de la salud puestas en marcha en los planes operativos.

IBS. Servei de Salut / SP. DGSPiP / CTb. Conselleria de Treball

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

OE.11. Realizar y asegurar la sostenibilidad de intervenciones de promoción de la salud en el ámbito: Entornos de especial vulnerabilidad.

SP

AC.38. Llevar a cabo un estudio de identificación de necesidades en colectivos vulnerables.

IND.41. Existencia del informe de análisis de situación Sí/No.

SP

AC.39. Priorizar las intervenciones para los colectivos vulnerables en función de las necesidades detectadas y de acuerdo a la evidencia de su efectividad.

IND.42. Existencia del informe de prioridades de intervención, con plan de actuación y evaluación.

SP

AC.40. Diseño, implementación y evaluación de programas de promoción de la salud con perspectiva comunitaria en colectivos vulnerables.

IND.43. Número de programas de promoción de la salud dirigidos a colectivos vulnerables.

SP

AC.41. Integrar la perspectiva de promoción de la salud en el comité para la integración de las personas inmigrantes.

IND.44. Número de acciones conjuntas de promoción de la salud planteadas con este colectivo.

las Personas con enfermedades crónicas

Objetivo general Objetivos específicos, acciones e indicadores

IBS. Servei de Salut

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

Objetivo general

Conseguir que las personas con enfermedades crónicas, así como las que las cuidan adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes para gestionar sus procesos de salud-enfermedad de forma eficaz, para poder llevar una vida activa, autónoma y de calidad el máximo tiempo posible.

Objetivos específicos, acciones e indicadores

E.12. Desarrollar un programa de empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas así como de las que las cuidan y facilitar la gestión de la cronicidad reforzando la coordinación entre los servicios hacia una atención integrada e integral donde la persona sea el centro.

IBS

AC.42. Elaborar e implementar el programa Pacient Actiu de las Illes Balears con perspectiva de equidad.

IND.45. Existencia del Programa de Pacient Actiu Sí/No.

IBS

AC.43. Ofrecer a las personas con enfermedades crónicas y a las personas que las cuidan, intervenciones individuales y grupales de educación para la salud para mejorar el control de su enfermedad y la autogestión de su proceso de salud.

IND.46. Número de actividades formativas dirigidas por pacientes activos.

IND.47. Número de personas con enfermedades crónicas que reciben formación entre iguales.

IBS

AC.44. Adoptar las medidas necesarias para garantizar una adecuada información y formación de los familiares cuidadores de personas en situación de dependencia, de personas con discapacidad y de personas con diagnóstico de salud mental.

IND.48. Número de intervenciones grupales que se ofrecen a personas con enfermedades crónicas y a las que las cuidan.

OE.13. Integrar la perspectiva de equidad y coordinar las acciones de promoción de la salud de las diferentes estrategias del Sistema Nacional de Salud o su adaptación autonómica dirigidas a enfermedades crónicas.

AC.45. Participar en la definición, desarrollo y evaluación, con perspectiva de equidad, de los objetivos de promoción de la salud de las siguientes estrategias:

01. Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas. IBS

02. Estrategia de salud mental. IBS

03. Estrategia de cáncer. SP

04. Estrategia de ictus. PAF

05. Estrategia de diabetes. PAF

06. Estrategia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). PAF

07. Estrategia de enfermedad renal crónica. PAF

08. Estrategia de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. PAF

09. Estrategia de enfermedades raras. PAF

10. Estrategia de enfermedades neurodegenerativas. PAF

11. Estrategia de cardiopatía isquémica. PAF

12. Estrategia de cuidados paliativos. PAF CCP

13. Estrategia de seguridad del paciente. IBS

IBS. Servei de Salut / SP. DGSPiP / PAF. DG Planificació, Avaluació i Farmàcia Cures Pal·liatives
CCP. Centre Coordinador de Cures Pal·liatives

OE. Objeto Especifico / AC. Acción / IND. Indicador

IND.49. Número de acciones de promoción de la salud incluidas en cada una de las estrategias.

IND.50. Existencia de Informe de evaluación Sí/No.

las Personas sanas

Objetivo general

Objetivos específicos, acciones e indicadores

SP. DGSPiP / IBS. Servei de Salut

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

Objetivo general

Mejorar la capacidad de todas las personas, teniendo en cuenta las diferentes necesidades, para desarrollar su máximo potencial de salud.

Objetivos específicos, acciones e indicadores

OE.14. Desarrollar la Estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Sistema Nacional de Salud basada en estilos de vida: alimentación, actividad física, alcohol, tabaco, bienestar emocional y seguridad (lesiones no intencionales).

SP

AC.46. Crear grupos de trabajo intersectorial para coordinar, hacer el seguimiento y evaluar las actuaciones en sobrepeso y obesidad, lucha contra el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, bienestar emocional y prevención de la fragilidad y caídas.

IND.51. Existencia de un grupo de trabajo en cada área priorizada Sí/No.

IND.52. Número de reuniones anuales de cada grupo de trabajo: mínimo 2/año.

SP IBS

AC.47. Revisar y reforzar los programas de abordaje del tabaquismo, del consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, el bienestar emocional y la prevención de la fragilidad y de caídas en personas mayores.

IND.53. Actualización del programa de abordaje del tabaquismo: Sí/No y año.

IND.54. Número de actividades formativas sobre abordaje de tabaquismo: mínimo 3 al año.

IND.55. Actualización del programa de abordaje del consumo excesivo de alcohol: Sí/No y año.

IND.56. Número de actividades formativas sobre abordaje del consumo excesivo de alcohol: mínimo 3 al año.

IND.57. Actualización del programa de abordaje de sobrepeso y obesidad: Sí/No y año.

IND.58. Número de actividades formativas sobre el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Mínimo: 3 al año.

IND.59. Actualización del programa sobre el abordaje del bienestar emocional: Sí/No y año.

IND.60. Número de actividades formativas sobre el abordaje del bienestar emocional. Mínimo 3 al año.

IND.61. Actualización del programa de prevención de caídas en gente mayor: Sí/No y año.

IND.62. Número de actividades formativas sobre abordaje prevención caídas en gente mayor. Mínimo 3 al año.

OE.15. Desarrollar la estrategia de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

AC.48. Desarrollar programas de educación afectivo-sexual con perspectiva de equidad para cada etapa educativa.

SP

IND.63. Porcentaje de centros educativos con el programa implantado.

AC.49. Ofrecer información y espacios de debate sobre salud afectivo-sexual en las diferentes etapas vitales.

SP

IND.64. Número de actividades de información y espacios de debate.

AC.50. Formar a los profesionales de los diferentes ámbitos en salud afectivo-sexual.

SP

IND.65. Número de actividades formativas sobre educación afectivo-sexual por categoría profesional: Mínimo 3 al año.

AC.51. Incorporar la perspectiva de promoción de la salud en los servicios de salud reproductiva.

SP

IBS

IND.66. Número de acciones de promoción de la salud incluidas.

SP. DGSPiP / IBS. Servei de Salut

OE. Objetivo Específico / AC. Acción / IND. Indicador

SP

AC.52. Hacer un análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva (SSR) en las Illes Balears.

IND.67. Existencia del análisis de situación de la SSR en las Illes Balears Sí/No.

SP

AC.53. Elaborar un informe periódico sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en las Illes Balears.

IND.68. Informe de resultados cada 5 años.

OE.16. Ofrecer herramientas y recursos en línea para la autoevaluación y mejora de la salud de las personas.

SP

IBS

AC.54. Recopilar todos los recursos y aplicaciones disponibles para la mejora de la salud individual.

IND.69. Número de recursos y aplicaciones integrados en la plataforma/año.

SP

IBS

AC.55. Evaluar los recursos recopilados.

IND.70. Existencia del informe de evaluación.

IND.71. Recursos evaluados/recursos identificados.

SP

AC.56. Promover el uso de recursos digitales en la plataforma.

IND.72. Numero de visitas a la página web.

IND.73. Número de correos recibidos.

IND.74. Número de descargas de material.

IND.75. Número de visitas a las noticias.

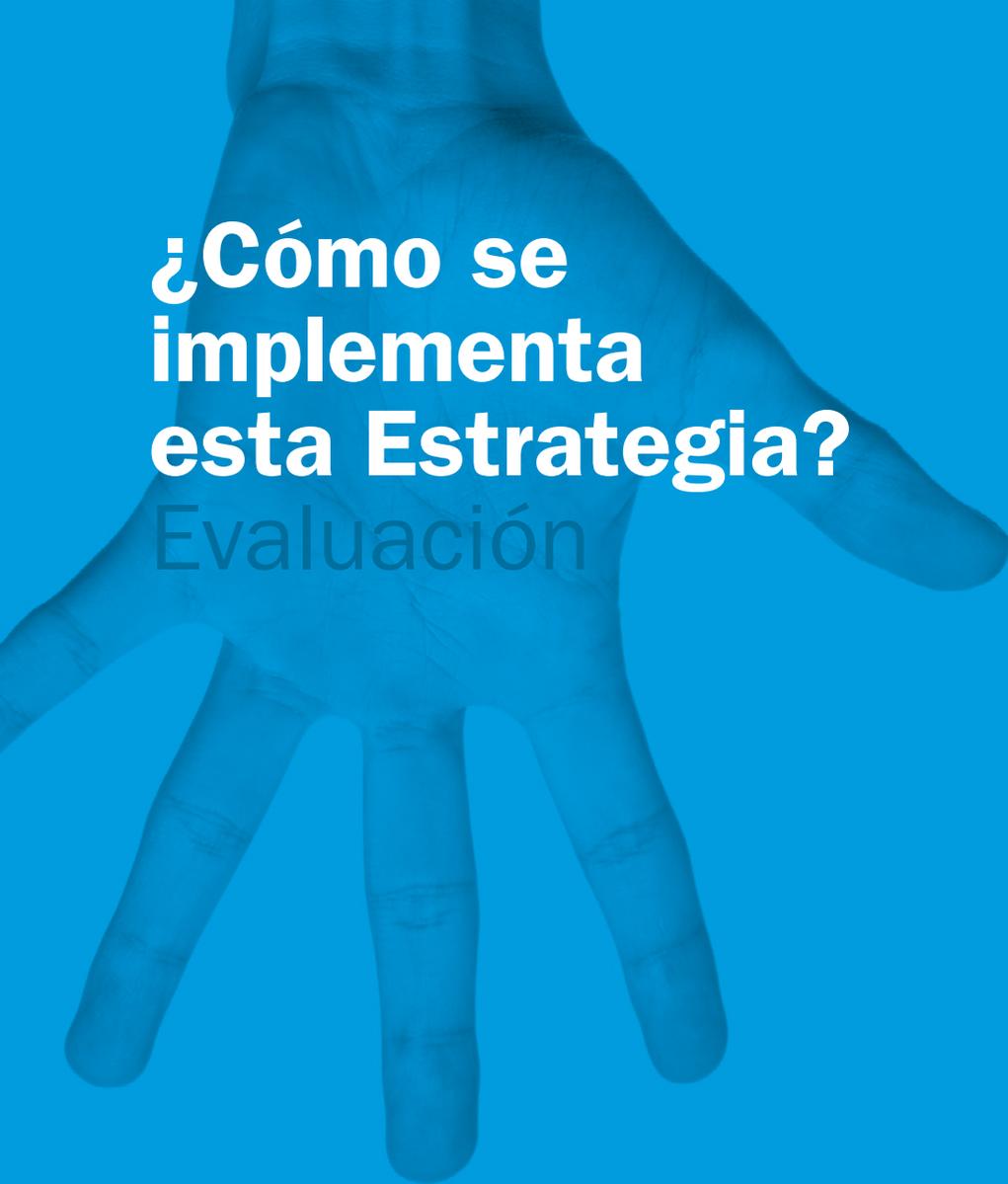
IND.76. Número de reproducciones de vídeos.

IND.77. Número de seguidores en Twitter.

IND.78. Número de enlaces a las noticias.

IND.79. Número de cuestionarios de autoevaluación cumplimentados.

IND.80. Posicionamiento en los buscadores.



¿Cómo se implementa esta Estrategia?

Evaluación

Esta estrategia se coordinará con los planes y estrategias tanto autonómicas como nacionales: por un lado, con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Sistema Nacional de Salud (SNS), la Estrategia de cronicidad del SNS, el Plan estratégico de salud 2016-2020 de la CAIB y el resto de estrategias donde la promoción de la salud sea una línea de actuación: diabetes, cardiopatía isquémica, cáncer, etc.

Por otro lado, también se coordinará con la Estrategia NAOS de Alimentación saludable y vida activa de la AECOSAN y la Estrategia de Salud Local del Ministerio de Sanidad, vinculada a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Cada eje estratégico constituirá un subproyecto que se desarrollará de manera independiente con una metodología común. Se constituirá un grupo coordinador de la estrategia formado por los responsables de cada subproyecto.

Una parte importante de la Estrategia se implementará mediante TICs. Se desarrollará una plataforma para avanzar en la información, sensibilización y empoderamiento de la ciudadanía y otros grupos y colectivos para contribuir a mejorar los resultados en salud.

Por otra parte, contribuirá a trasladar a la sociedad el valor salud como un derecho y un deber hacia los demás.

Esta plataforma se diseñará en función de los objetivos de las áreas de actuación de la estrategia como una herramienta para facilitar un mayor y mejor acceso a la información sobre los temas que les interesan de la salud y sus determinantes y los recursos que les podemos ofrecer: aprendizaje virtual, cuestionarios de autoevaluación etc.

La información será recogida y gestionada mediante la plataforma web de la Estrategia.

Para la evaluación del desarrollo e implementación de la Estrategia se han definido 80 indicadores a partir de

las 56 acciones de las líneas estratégicas que surgen de los 16 objetivos específicos. Los indicadores figuran en el documento y aparecen agrupados en una tabla según el objetivo específico (OE) y la actividad (AC).



64



65

Bibliografía

Agencia Estatal BOE. (1978). Constitución española. Retrieved from <<https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>>

Alberto, J., & Santos, F. (n.d.). EL MARKETING SOCIAL COMO ESTRATEGIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Retrieved from <<http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol 7/El Marketing Social Como Estrategia para la Promoción de.pdf>>

Balatsoukas, P, Kennedy, C. M., Buchan, I., Powell, J., & Ainsworth, J. (2015). The Role of Social Network Technologies in Online Health Promotion: A Narrative Review of Theoretical and Empirical Factors Influencing Intervention Effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e141. <<https://doi.org/10.2196/jmir.3662>>

BOE-A-1986-10499. (1986). Ley14/1986 General de Sanidad Madrid 25 de abril de 1986. Retrieved from <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>>

BOE-A-2003-10715. (2003). Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud Madrid 28 de mayo 2003. Retrieved from <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>>

BOE-A-2006-16212. (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Retrieved from <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>>

BOE-A-2011-15623. (2011). Ley 33/2011 General de Salud Pública. madrid 4 de octubre 2011. Retrieved from <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>>

BOIB. (2003). Llei 5/2003 de salut de les Illes Ba-

lears Palma 4 d'abril 2003, 551, 1–41.

BOIB. (2006). Llei 23/2006 de capitalitat de palma . Palma 27 de diciembre de 2006, 186, 1–50.

BOIB. (2010). LLei 16/2010 de salut pública de les Illes Balears. 28 de desembre 2010. Retrieved from <<http://boib.caib.es/pdf/2011002/mp13.pdf>>

BOIB. (2015). Decret 24/2015, de 7 d'agost, de la presidenta de les Illes Balears, pel qual s'estableixen les competències i l'estructura orgànica bàsica de les conselleries de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, 120, 36071–36083.

Cabeza E, Artigues G, R. C. (2012). Rutas saludables. Protocolo de Implantación. Consejería de Salud. GOIB (versión en castellano) Cabeza E, Artigues G, R. C. (2012). Rutes saludables Protocol d' implantació. Conselleria de Salut. GOIB (versión en catalán).

Choque, R. (2011, July 26). Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), 47–60. Retrieved from <<http://revistadecomunicacionsalud.org/index.php/rcys/article/view/20/15>>

Cofiño, R., Pasarín, M. a. I., & Segura, A. (2012). ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.030>>

CSDH. (2008). Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT CLOSING THE GAP IN A GENERATION CONTENTS. (World Health Organization (WHO), Ed.). Geneva. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=F468FC286825A2CC64FC625A0C28CAFB?sequence=1>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote socialequity in health. Retrieved from <<https://www.researchgate.net/publication/5095964>>

Direcció General de Planificació i Farmàcia. Conselleria de Salut de les Illes Balears. (n.d.). Estratègies de salut de les Illes Balears. Retrieved October 10, 2018, from <<https://www.caib.es/sites/planificaciosanitaria/ca/portada-34065/>>

Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123–127. <<https://doi.org/https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>>

Gabarrón, E., & Fernandez-Luque, L. (2014). Comunicación Audiovisual. Alfabetización en salud.: De la información a la acción.

Gordon, N. P., & Hornbrook, M. C. (2016). Differences in Access to and Preferences for Using Patient Portals and Other eHealth Technologies Based on Race, Ethnicity, and Age: A Database and Survey Study of Seniors in a Large Health Plan. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e50. <<https://doi.org/10.2196/jmir.5105>>

Hernán, M., Morgan, A., & Mena, Á. L. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP No51.

IUPHE. (n.d.). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte 2. Retrieved from <https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf>

Llei. (1983). ESTATUT D'AUTONOMIA DE LES ILLES BALEARS. Retrieved from <<http://web.parlamentib.es/RecursosWeb/DOCS/EstatutAutonomiaIB.pdf>>

March, S., Jordán Martín, M., Montaner Gomis, I., Benedé Azagra, C. B., Elizalde Soto, L., & Ramos, M. (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 267–273. <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.009>>

Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives. Retrieved from <<http://www.instituteofhealthequity.org/re>

<sources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>>

Marques-Lopes, I., & Marques-Lopes, I. (2014). Coaching nutricional, un camino para conseguir cambios. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 18(1), 1. <<https://doi.org/10.14306/renhyd.18.1.89>>

Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Retrieved from www.msssi.gob.es

Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2014). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014. Retrieved from <<https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludPrevencionSNS.pdf>>

Ministerio de Sanidad, C. y B. S., & España, C. para reducir las desigualdades en salud en. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Retrieved from <https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf>

Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., ... Espnes, A. (2017). The Handbook of Salutogenesis. <<https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>>

Pérez Jarauta, M. J., & Echauri Ozcoidi, M. (2013). Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gaceta Sanitaria*. <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.10.002>>

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCI-MED.2014.12.031>>

Pisano González, M. M., & González Pisano, A.

(2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59–66. <<https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2013.10.006>>

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies. A Guide for State and Local Governments*. Washington DC and Oakland, CA. Retrieved from <<http://www.cdc.gov/obesity/downloads/Anti-Lobbying-Restrictions-for->>

Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. *Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria*, 26, 158–161. <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.005>>

Ruiz-Giménez Aguilar, J. L. (n.d.). Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del estado español. Retrieved from <<https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/participacionjlr-2.pdf>>

Salud Y Servicios Sanitarios, C. DE, & Asturias, E. (2011). GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS DOCUMENTO MARCO: PROPUESTAS PARA LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD. Retrieved from <https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud Publica/AS_Promocion de la Salud/Participación ciudadana/DOCUMENTO MARCO_PCS.pdf>

Tudor Hart, J. (1971). THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)>

WHO. (1998). PROMOCION DE LA SALUD. GLOSARIO. (World Health Organization, Ed.). Retrieved from <<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>>

Wilkinson, Richard G. Marmot, M. (2003). LOS HECHOS PROBADOS. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Retrieved from <www.euro.who.int>

World Health Organization (WHO). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud PROMOCIÓN DE LA SALUD. Retrieved from <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf>

World Health Organization (WHO). (2014). Health in all policies. (Helsinki Statement Framework for Country Action). Retrieved from <www.who.int>

World Health Organization (WHO). (2015). Health in all policies training manual. (V. Stone, Ed.). Geneva. Retrieved from <www.who.int>

World Health Organization (WHO). (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Retrieved from <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf>>

Zaldivar, M., Gómez, P, Fuster, J., Frontera, M., Ramos, M., Prósper, B...., Pulido, G. (2017). Pla Estratègic de la Conselleria de Salut de les Illes Balears (Conselleria).

Glosario (WHO, 1998)

Alfabetización en salud. Habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder, entender y utilizar la información destinada a promover y mantener un buen estado de salud. Significa algo más que ser capaz de leer un folleto y pedir una visita médica. Gracias a la mejora del acceso a la información sobre la salud y la capacidad para utilizarla efectivamente, la alfabetización en salud es fundamental para el apoderamiento.

Empoderamiento en salud (Empowerment for health). Es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.

Aprendizaje significativo. Aprendizaje en el que los contenidos nuevos se relacionan con los conocimientos previamente adquiridos.

Comunidad. Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social acorde con el tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir las creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. En nuestro caso, ajustando la definición a la composición social de nuestras ciudades, definiremos la comunidad como el conjunto de personas que comparten un espacio territorial de referencia, ya sea porque residen o desarrollan su actividad social o profesional allí. Estas personas pueden tener o no un sentimiento de identidad compartida, pero lo que sí tienen son relaciones de interdependencia de diferente grado por el hecho de compartir ese espacio físico. Las personas que configuran la comunidad los podemos agrupar en: profesionales de los servicios públicos y las

instituciones, vecinos y vecinas organizados o no en entidades, y personas que pueden desarrollar su actividad económica en el territorio.

Desigualdades sociales en salud. Aquellas diferencias en salud injustas y evitables que se producen entre grupos poblacionales y están definidas por factores sociales, económicos, demográficos y/o geográficos. Estas diferencias se suelen producir a consecuencia de la desigual distribución de recursos y riquezas, y afectan de manera diferente a las personas en función de una serie de ejes de desigualdad con un impacto transversal en las mismas: clase social, edad, etnia, género, territorio, etc. El marco del documento Avanzando hacia la Equidad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) propone los ejes arriba mencionados. En esta guía se recomienda que la perspectiva de género sea incorporada como objeto de análisis específico y principal a la hora de contemplar los ejes restantes y los determinantes intermedios. Esta perspectiva permite que el análisis no se limite a una mera comparación por género y enriquezca y mejore las actuaciones propuestas para reducir la brecha de género.

Determinantes de la salud (Determinants of health). Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Determinantes sociales de la salud. Estructuras sociales y sistemas económicos complejos, integrados y superpuestos responsables de las desigualdades en la salud. Estas estructuras sociales y los sistemas económicos incluyen el entorno social, el entorno físico, los servicios de salud y los factores estructurales y sociales. Los determinantes sociales de la salud están determinados por la distribución del dinero, el poder y los recursos a través de las comunidades locales, naciones y el mundo.

Educación para la salud. Es un proceso de orden intelectual, psicológico y social que comprende las actividades asociadas para desarrollar la toma de conciencia y el sentido de la responsabilidad en materia de salud, así como la capacidad del individuo para tomar decisiones consecuentes que influyan en el bienestar personal, familiar y social. “Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la

población sobre la salud y para desarrollar valores, actitudes y habilidades personales que promuevan la salud”. “Formas diferentes de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y que posibilitan la acción social y la participación activa de las comunidades en los procesos de cambio social en relación a su salud” (OMS).

Equidad en salud “Implica que todas las personas deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud”; o dicho de otra forma, “nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que pueda evitarse”. La equidad se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

Estrategia. Arte de coordinar las acciones y de maniobrar para conseguir una finalidad.

Gobernanza. Procesos de toma de decisiones estratégicas en los cuales confluyen las relaciones de poder y los intereses, públicos y particulares de los agentes sociales y las organizaciones. La OMS define la gobernanza en salud como “La participación de los actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promuevan sistemas de salud equitativos y sostenibles (1998). Los elementos que integran un sistema de Gobernanza local en salud son:

- Actores implicados: sanitarios (atención primaria, salud pública, salud mental...) y no sanitarios (ayuntamientos, asociaciones, agentes sociosanitarios...)
- Puntos nodales: espacios donde los elementos convergen (formales: consejo de salud e informales: calle, barrio).
- Normativas de regulación legal de participación u otros procedimientos formales e informales.
- Procesos y etapas.

Intersectorialidad. La colaboración intersectorial se define como la “relación reconocida y establecida entre una o más partes de diferentes sectores de la sociedad para emprender acciones en un tema con el fin de conseguir resultados de salud o resultados intermedios de salud, de una manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que

pueda conseguir el sector sanitario actuando en solitario”.

Intervención comunitaria en salud. “Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que está dirigida a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y de los grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades”. Intervención realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación. Estas intervenciones pueden ser sectoriales cuando afectan a un solo ámbito de actuación (medio ambiente, seguridad, urbanismo...) o intersectoriales cuando están representados varios sectores que comparten objetivos comunes aunque intervengan en diferentes ámbitos. La Intervención Comunitaria identifica tres protagonistas:

- Administraciones (administración local, otras administraciones públicas y entidades privadas). Fundamental el papel del gobierno local, el ayuntamiento.
- Recursos técnicos y profesionales públicos y privados.
- Ciudadanía. Asociaciones, grupos y personas. La participación de la ciudadanía es el elemento central de la intervención comunitaria.

Objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Los objetivos de desarrollo sostenible son una serie de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar el bienestar global de las personas. El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de 17 objetivos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que tienen que conseguirse en los próximos 15 años.

Participación comunitaria en salud. Proceso mediante el cual diferentes agentes de la comunidad se involucran en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades de salud, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente. Fue definida en la Conferencia de Alma Ata como el proceso en virtud del cual individuos y familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y las de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a

conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver problemas comunes. Les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos. El término participación comunitaria hace alusión a la toma de conciencia colectiva de toda la comunidad sobre aquellos factores que frenan el crecimiento, mediante la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas que facilitan el bien común. La comunidad se organizaría asumiendo obligaciones y responsabilidades y manteniendo vías de comunicación con autoridades y población. En 1981, las Naciones Unidas la definen como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”. La participación no tiene que ir ligada a las personas puesto que estas pueden cambiar con el tiempo; tiene que ir ligada al propio proceso; de este modo si las personas implicadas cambian, no afectará a la continuidad del proceso. Para que la participación de las personas sea real se necesario que la comunidad sea una parte activa de todo el proceso. Tiene que intervenir en todas las fases (desde el diseño, análisis de la situación, hasta la puesta en marcha y la evaluación).

Pedagogía activa. La pedagogía es una ciencia aplicada con características psicosociales que tiene la educación como principal interés de estudio. Afirma que la educación responde a los intereses y necesidades del alumnado, es decir, el alumnado es el centro del proceso educativo y aprende a través de la acción que parte de sus intereses. El formador tiene un papel de facilitador.

Promoción de la salud (Health promotion): proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Para lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo tiene que ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se puede considerar como un recurso para la vida cotidiana. Es un concepto positivo que pone el énfasis en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es sólo responsabilidad del sector sanitario sino que implica sectores no sanitarios (concepto recogido en la carta

de Ottawa de 1986).

Responsabilidad social para la salud (Social responsibility for health) La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. (Referencia: Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997). Las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privado no tienen que ser perjudiciales para la salud de los individuos; tienen que proteger el medio ambiente y garantizar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias perjudiciales y evitar prácticas de marketing nocivas para la salud; proteger al ciudadano, en el lugar donde vive, en el puesto de trabajo, e incluir evaluaciones del impacto sanitario centradas en la equidad como parte integral del desarrollo de las políticas.

Salud comunitaria: La salud individual y de los grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares y del ambiente socioeconómico, cultural y físico. La intervención en salud comunitaria es una estrategia que tiene como finalidad la mejora de la salud de una comunidad definida. La salud comunitaria contempla la concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad y aplica un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macro y microsociales y la participación de las comunidades, instituciones y el resto de sectores en la toma de decisiones.

Salud en todas las políticas (SeTP) Son acciones llevadas a cabo desde el ámbito político, con un enfoque intersectorial que tienen en cuenta las implicaciones para la salud de las personas y de las poblaciones derivadas de la toma de decisiones políticas en ámbitos como urbanismo, transporte, ocio y tiempo libre, sanidad, comercio, industria... Buscan promover sinergias y evitar efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

Salutogénesis. Significa “génesis de la salud”. Supone un nuevo paradigma; la salutogénesis se centra en cómo podemos mantenernos sanos y cuáles son los factores implicados en la salud humana y el bienestar. Una orientación salutogénica hace que la investigación y la acción se centren en factores generadores de salud. En cambio, la visión patológica tradicional se pregunta por qué enfermamos, cuáles son los factores que causan la enfermedad.

Universalismo proporcional. El universalismo proporcional consiste en llevar a cabo acciones universales pero a una escala y con una intensidad proporcionales al nivel de desventaja. La salud comprende un gradiente social, es decir, cuanto peor es la posición social de la persona, peor salud tiene. Las acciones se tendrían que centrar en reducir el gradiente en salud. Para reducirlo, las acciones tienen que ser universales, pero teniendo en cuenta el grado de desventaja.