

1. DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

Programa Juntos: sano para ti, sano para los dos. Salud en el embarazo y los 1000 primeros días en poblaciones vulnerables

2. DIRECTORES DEL PROYECTO

Begoña Patiño Villena

Josefa Juan Martínez

Eduardo González Martínez-Lacuesta

Gaspar Ros Berruezo

3. ¿POR QUÉ NECESITAMOS ACTUAR EN LOS 1000 PRIMEROS DÍAS EN POBLACIONES VULNERABLES EN MURCIA?

Existe suficiente evidencia sobre la influencia de la alimentación y actividad física de la madre, desde la preconcepción hasta la lactancia, en el desarrollo físico e intelectual y en el riesgo de desarrollo de patologías del hijo.

La programación fetal de la función metabólica inducida por la obesidad, a través de mecanismos fisiológicos y/o epigenéticos, puede tener un efecto intergeneracional perpetuando la obesidad en la siguiente generación. La prevención y el manejo adecuado de la obesidad y el aumento de peso gestacional son esenciales para evitar consecuencias negativas a corto y largo plazo, tanto para las madres como para los hijos.

La situación epidemiológica en Murcia ofrece una de las mayores prevalencias a escala nacional y europea **de exceso de peso y sedentarismo**, afectando a más de la mitad de la población adulta y casi a la tercera parte de los niños y jóvenes. En el estrato de edad que integra la media del nacimiento del primer hijo, las mujeres tienen una prevalencia de exceso de peso del 41%, incrementándose hasta el 45% en mujeres inmigrantes. Las desigualdades en salud aún son más evidentes según la clase social ocupacional, variando desde un 27% de sobrecarga ponderal en mujeres universitarias a un 52% en mujeres con ocupaciones manuales y sin formación. La media de peso ganado durante el embarazo supera ampliamente las recomendaciones.

Las encuestas de hábitos de alimentación en el municipio coinciden en señalar un **alejamiento del típico modelo de dieta mediterránea** y la adopción de patrones más occidentalizados. En una reciente investigación sobre percepción del exceso de peso a padres de niños menores de 3 años en Murcia, se observa que el 30% de los padres cuyos hijos tienen sobrecarga ponderal, no los perciben como tales debido a un **fenómeno de normalización social del exceso de peso**. La lactancia Materna exclusiva presenta una duración media de 4,1 meses, solo el 24% de las madres la mantienen durante 6 meses, 4 puntos por debajo de la media nacional. La lactancia materna se extiende hasta los 6,8 meses, muy inferior a los 2 años recomendados.

Las comunidades de mujeres vulnerables en Murcia, están compuestas por inmigrantes, grupos étnicos, adolescentes y grupos en exclusión social. La tasa de inmigración alcanza el 12% (América del sur: Bolivia, Colombia y Ecuador 32%; Marruecos y Argelia: 28%; Países Europeos del Este: Bulgaria, Rumanía y Polonia, Ucrania y Rusia: 13,5%; África subsahariana: Mali, Ghana, Nigeria, Senegal: 3%)

Según el indicador Europeo AROPE (At Risk Of Poverty and Exclusion), Murcia tiene uno de los mayores riesgos de pobreza y exclusión social, con un 32,7% frente a un 26,1% en España y a un 26% en la UE 27. La tasa de pobreza en la población inmigrante no comunitaria alcanza el 46%.

El número de mujeres total en edad fértil (entre 15 y 49 años) es de aproximadamente 100.000, de las cuales unas 18.000 pertenecen a grupos de población vulnerables. La tasa de natalidad en Murcia es alta, de 11 nacimientos por cada 1.000 habitantes con unos 4.900 nacimientos anuales, de los cuales unos 1500 se producen en los grupos de poblaciones vulnerables.

Murcia es un municipio muy descentralizado, lo que condiciona y dificulta la implementación de intervenciones y, sobre todo, la accesibilidad. Cuenta con un núcleo urbano con 28 barrios y 220.000 habitantes y 54 pedanías (núcleos de población separados territorialmente) que aglutinan la otra mitad de población del municipio. Se definen claramente al menos 10 barrios/pedanías vulnerables, caracterizados por superar la tasa del 20% de inmigración, zona de agrupamiento de la población gitana y altas tasas de desempleo y analfabetismo.

4. OBJETIVOS Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA SU DESARROLLO

El **Programa Juntos** para la promoción de estilos de vida saludables en la edad reproductiva y primera infancia (preconcepción, embarazo, lactancia y dos primeros años de vida), se aplica con un enfoque específico de equidad en grupos de población desfavorecida o vulnerable por razones de clase social ocupacional (ingresos, nivel de estudios, ocupación) y demográficas (inmigrantes, etnia gitana, adolescentes). Persigue mejorar la salud mediante intervenciones en materia de alimentación saludable, actividad física, bienestar emocional, sueño, descanso y estrés, cuidados y seguridad medioambiental y sanitaria del entorno.

Se trata de un programa comunitario con reconocimiento como buena práctica en colaboración intersectorial por la Red Española de Ciudades Saludables y como promotor de la Parentalidad Positiva por el Ministerio de Sanidad y la Federación Española de Municipios y Provincias.

Se concibió en el año 2015 como un proyecto piloto de investigación/acción con financiación de un Programa Europeo Horizonte 2020 y, a la vista de los resultados obtenidos, se incluyó en la oferta permanente de Programas de Promoción de Salud del Ayuntamiento de Murcia.

Como objetivo general persigue mejorar la salud de las mujeres en edad reproductiva y la de sus hijos de estratos de población vulnerables.

Los objetivos específicos y operativos previstos son:

1. Promover que los hábitos saludables formen parte del estilo de vida de las mujeres y las familias en la etapa reproductiva (periconcepción y primeros 1000 días de vida).
 - Concienciar a las mujeres/familias de la importancia de su alimentación, actividad física y consumos nocivos en el desarrollo y salud de su hijo y en la suya propia.
 - Capacitar a las mujeres para asumir un mayor control sobre su salud y bienestar y convertirlas en promotoras de salud.
 - Fomentar el autocuidado y la autonomía en las familias y generar habilidades favorecedoras de bienestar.
 - Promover el apoyo mutuo entre mujeres mediante espacios físicos y virtuales de encuentro y participación.
2. Apoyar, proteger y promover la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y complementada hasta los 2 años
 - Identificar y fomentar los grupos de apoyo a la lactancia materna.

- Sensibilizar y comunicar los beneficios para la madre y para el bebé, incidiendo en todos los aspectos relacionados con la salud, la economía circular y el desarrollo sostenible.
 - Mejorar la accesibilidad a información contrastada y suficiente para facilitar la libre toma de decisiones sobre lactancia.
3. Promover que los estilos de vida saludables entre las mujeres jóvenes y la lactancia materna entren a formar parte de la cultura local.
- Lanzar iniciativas comunitarias con acciones de alto impacto destinadas a despertar la conciencia colectiva sobre las consecuencias para la salud pública.
4. Fomentar la Parentalidad positiva.
5. Poner a disposición de los profesionales implicados recursos consensuados de apoyo para la educación maternal, familiar e infantil.
6. Reducir las inequidades.
- Evidenciar las diferentes barreras (condicionantes culturales, sociales, económicos, etc.) para adoptar un estilo de vida sano en esta etapa vital.
 - Facilitar el acceso a los recursos de salud pública y asistencial.
7. Desarrollar y mantener la intersectorialidad.
- Atraer y posibilitar la participación de otros sectores para crear alianzas multiplicadoras.
 - Asegurar la visibilidad de la iniciativa intersectorial
 - Aglutinar la oferta de programas preventivos en la ciudad y constituir la referencia en el municipio.
 - Favorecer la transversalidad, el contacto horizontal y vertical entre instituciones, la sostenibilidad de las actuaciones, la efectividad y la eficacia.

La **población diana** son mujeres y familias en edad reproductiva, incluyendo grupos en situación de vulnerabilidad según etnia, país de origen, nivel de ingresos y estudios (inmigrantes, gitanas, adolescentes, etc.) que habitualmente tienen un acceso limitado a los servicios y a las alternativas de vida saludable.

Metodológicamente, este **periodo vital** constituye **el momento adecuado para cambiar** hacia una vida más saludable, ya que al cuidar de sí mismas, también cuidan de sus hijos.

Para adaptar e implementar el programa en el ámbito municipal, se adoptó un modelo comunitario basado en la creación de una estructura colaborativa consistente en un Grupo de Promoción Local (GLP) y una red de multiplicadores locales cuyos miembros cuentan con trayectorias y fortalezas complementarias entre sí y distintos puntos de partida en proyectos relacionados con el objetivo de “Juntos” en el municipio. Se invitó a participar en el GLP a todos los profesionales y entidades conocidas para garantizar que el proyecto llegara a todos los sectores de la sociedad, especialmente a las mujeres y familias pertenecientes a colectivos vulnerables o desfavorecidas.

Se diseñó un **plan de acción local** para su implementación en etapas:

1. Elaboración de un inventario de recursos y servicios de apoyo existentes en la ciudad.
2. Identificación de necesidades mediante exploración cualitativa y cuantitativa de los grupos de interés:
 - Realización de Grupos focales: análisis del discurso de un grupo de mujeres embarazadas (desde adolescentes hasta adultas), otro de mujeres en periodo de lactancia y un tercero de profesionales sociosanitarios y educativos relacionados con la maternidad y la alimentación. Diagnóstico de situación social y cultural en la ciudad.
 - Aplicación de un Cuestionario sobre hábitos, creencias, actitudes y propósitos: para conocer la adecuación a las recomendaciones de salud y detectar oportunidades de intervención.
3. Constitución de un Grupo Promotor Local (activos comprometidos con el objetivo del programa) que incluye representantes del sector salud: salud pública municipal, centros de salud de atención primaria y hospitales; redes de servicios sociales, universidades, asociaciones de la comunidad, entidades sin ánimo de lucro, grupos de apoyo a la lactancia materna, etc.; Designación de Profesionales Multiplicadores Clave: red de profesionales (matronas, pediatras, médicos de familia, educadores/as y trabajadores/as sociales, educadores/as de escuelas infantiles, farmacéuticos/as, mediadores/as culturales, etc).
4. Creación y capacitación de un grupo multidisciplinar de profesionales para la implantación (Equipo Juntos)
5. Realización de reuniones/talleres de consenso y empoderamiento para profesionales multiplicadores y validación de herramientas.

6. Jornadas públicas de difusión: conferencias y mesas redondas con participación de componentes del GLP para visualizar la participación y coordinación.
7. Diseño y aplicación de intervenciones grupales concretas adaptadas al diagnóstico de necesidades, colocando a la población desfavorecida en el epicentro de las actividades.

La intervención se aplica en forma de talleres adaptados a las necesidades de cada grupo, incluyendo transversalmente recursos específicos para esta población en situación de pobreza y vulnerabilidad:

- Respetar los matices de cada cultura y apoyar sobre ellos los cambios recomendados.
- Realizar recomendaciones y planteamientos factibles y adaptados a cada situación.
- Poner en valor los recursos propios, de la pareja, de la familia y de los contactos sociales cercanos.

Estos Talleres cuentan con contenidos biopsicosociales y un abordaje multidisciplinar que tienen en cuenta la situación social, psicoafectiva, el contexto familiar y la vivencia de la maternidad. Con ellos se proponen acciones que faciliten el desarrollo de capacidades y habilidades tanto para el cambio personal como para la participación en los procesos sociales, orientados a la mejora de la salud, la autonomía y el autocuidado. Se desarrollaron enfoques y herramientas destinadas a complementar los instrumentos y actividades ya existentes, involucrando a las partes interesadas y con una retroalimentación de comunicación de resultados. Las actividades están diseñadas fomentando que las madres se conozcan entre ellas y pueden apoyarse mutuamente en la comunidad.

Se identificaron los espacios de referencia de los destinatarios para facilitar su participación y acceso: centros de servicios sociales, centros de salud, entidades del tercer sector, escuelas infantiles, centros educativos, etc. y se aplican facilitadores de la accesibilidad (horarios vespertinos, distribución geográfica equitativa, servicio de ludoteca, etc.)

Se involucraban a las destinatarias mediante compromisos grupales en los que se trabajan los **conocimientos** (aprender juntos), las **actitudes y habilidades** (moverse, comprar, cocinar juntos) y la **satisfacción** (comer juntos) para abordar tres áreas de intervención prioritarias: cambiar mediante formación y capacitación, consultar a los profesionales sanitarios, e interactuar con sus iguales.

La oferta del programa se difunde en la Guía anual de programas de promoción de salud municipales y a través de las diferentes mesas de coordinación intersectoriales: Estrategia de economía circular, estrategia de promoción y prevención en el sistema nacional de salud,

Plan Municipal de infancia, Plan municipal de accesibilidad universal, Plan de responsabilidad social corporativa.

Los recursos necesarios para la ejecución son **esencialmente recursos humanos multidisciplinares**, propios del Ayuntamiento de Murcia y un equipo de profesionales con con perfiles profesionales complementarios: medicina, enfermería, dietistas/nutricionistas, ciencias de la actividad física, fisioterapia, educación social, psicología, pedagogía, cocinero/a, etc.

5. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS

Se han diseñado talleres de entre 6-12 sesiones con cuatro factores priorizados: alimentación, actividad física, bienestar emocional y descanso y seguridad del entorno. La sesión de cierre cuenta con un obsequio de fruta y aceite y un encuentro lúdico con alimentos elaborados por las participantes. Para cada grupo se adaptan los contenidos, horarios y escenarios a las necesidades de forma que se maximice la asistencia.

Se actúa con mujeres en situación vulnerable (según país de origen, ingresos y estudios): gitanas e inmigrantes magrebíes, latinas y africanas.

Tabla 1. Ejemplo de Modelo de Talleres para grupos multiculturales

Taller	Contenidos	Profesionales
1 ^a Presentación Información y sensibilización	- Valoración inicial - Motivación al cambio de hábitos y a la participación	Coordinadoras Psicóloga/o
2 ^a Hábitos saludables en la edad reproductiva	- Salud reproductiva - Alimentación y actividad física - Salud medioambiental	Matrón/a Nutricionista
3 ^o Actividad física en la edad reproductiva	- Adquisición de habilidades prácticas (Sesión de Yoga)	Profesional actividad física // fisioterapeuta
4 ^o Compra y cocina para madres/padres e hijos/as	- Adquisición de habilidades prácticas (Taller de cocina y salud)	Cocinero/a Nutricionista
5 ^a Alimentación del niño/a	- Lactancia materna - Alimentación de 6 m a 11 años	Nutricionista
6 ^a Cuidados del niño/a	- Higiene/accidentes/RCP - Vacunaciones/ bucodental	Enfermera/o
7 ^o Parentalidad positiva	- Motivación a crianza positiva	Psicóloga/o
8 ^a Actividad física con niños Cierre y conclusiones	- Actividad Física con bebés - Cierre y valoración final	Prof. actividad física //fisioterapeuta Coordinadoras

Los talleres se refuerzan con cartelería con mensajes de sensibilización en soportes publicitarios del mobiliario urbano, celebración de ferias, encuentros, actividades en hospitales, en las plazas de la ciudad, etc.

6. IMPLICACIÓN Y SINERGIAS DE LOS DIFERENTES ACTORES

La intersectorialidad del Programa es uno de sus aspectos más característicos con una gran diversidad de áreas e instituciones involucradas en su desarrollo. Constituir el GLP fue el principio estratégico clave para garantizar la implantación territorial y la accesibilidad al programa, participando instituciones y personas claves distribuidos en barrios y pedanías:

- Universidad de Murcia: Grupo de investigación de Nutrición y Bromatología.
- Centros de Coordinación de Servicios Sociales dependientes del Ayuntamiento de Murcia, con tres centros de coordinación que cubren la totalidad del territorio.
- Entidades del Tercer Sector mediado por Organizaciones No Gubernamentales y Asociaciones locales (Cáritas, Organización Oblatas, Asociación Columbares, Asociación Puentes de Encuentro, Copedeco S.Coop., Banco de Alimentos, etc.)
- Servicios Asistenciales de atención primaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: Centros de Atención Primaria de Salud, existiendo uno de referencia en cada barrio y varios consultorios de salud locales como estructuras de descentralización.
- Servicios Asistenciales de atención hospitalaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, como centro de referencia de obstetricia y pediatría hospitalarias a través de la Unidad de salud medioambiental pediátrica.
- Servicio de Educación del Ayuntamiento de Murcia: Servicio de Escuelas Infantiles Municipales.
- Servicios de Educación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: Institutos de Educación Secundaria.
- Servicio de Deportes del Ayuntamiento de Murcia.
- Colegios profesionales y asociaciones científicas: Colegio Oficial de Farmacéuticos, Asociación de Matronas, Sociedad de Pediatría del Sureste y Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas.
- Asociaciones de apoyo a la lactancia materna: Lactando y La liga de la leche.
- Centros de distribución y comercio local de frutas y verduras: Mercamurcia y Plazas de Abastos.

Los objetivos de esta colaboración dependen de cada actor, que al mismo tiempo permanecen operativos en su propio sector. La colaboración incluye la difusión del programa, la formación de los profesionales, la elaboración de documentación, la implementación de actuaciones de sensibilización y prevención y la puesta en marcha de talleres de intervención.

El programa Juntos **se integra en las estrategias prioritarias del municipio en las diferentes mesas de coordinación intersectoriales**: Estrategia de economía circular, estrategia de promoción y prevención en el sistema nacional de salud, Plan Municipal de infancia, Plan municipal de accesibilidad universal, Plan de responsabilidad social corporativa, etc.

7. EVALUACIÓN DE PROCESO Y DE RESULTADOS: METODOLOGÍA, INDICADORES Y EL IMPACTO SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN DIANA.

Se realizó una **investigación cualitativa inicial** mediante **tres grupos focales** con mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y con profesionales de todos los sectores implicados, para conocer actitudes, opiniones, necesidades percibidas, identificar las barreras y orientar la intervención. Como conclusiones destacan:

1. Los distintos profesionales reclaman vías de coordinación y trabajo en red, así como herramientas para una comunicación eficaz con las mujeres.
2. Las mujeres árabes y gitanas necesitan mediación intercultural
3. Para trabajar con adolescentes se precisa una intervención diferenciada por edades.
4. Todos/as solicitan capacitación de una fuente de referencia basada en la evidencia científica.

Posteriormente se llevó a cabo un **diagnóstico cuantitativo** mediante un **cuestionario** con entrevista personal, explorando hábitos, creencias, percepciones y propósitos de las mujeres, para conocer la adecuación a las recomendaciones y detectar oportunidades de intervención. La muestra inicial fue de 614 mujeres embarazadas o lactantes, 362 de las cuales cumplen los criterios de vulnerabilidad.

1. El 91% de las embarazadas de Murcia planea dar lactancia materna exclusiva a su bebé, pero sólo el 58% de las mujeres con bebés a las 4 semanas de vida lo consiguen. (47% en caso de pertenecer a un grupo vulnerable). Las mujeres desfavorecidas dan lactancia artificial 10 puntos porcentuales por encima de las autóctonas.

2. El consumo de verduras está bastante alejado de las recomendaciones, casi la mitad de las entrevistadas no consumen verduras a diario y la tercera parte se limita a consumir la mitad de la frecuencia recomendada. En este sentido, las IDR de folatos no estarían garantizadas por la ingesta de alimentos en el 81% de estas mujeres.
3. La frecuencia de consumo de frutas también está infrarrepresentada en la dieta del 64,8% de la muestra.
4. Entre los propósitos de mejora de sus hábitos de salud, el 60 % manifiestan como propósito de mejora de su dieta aumentar el consumo de frutas y verduras. En cambio no se observa esta intención en otros alimentos como pescados o cereales integrales.
5. Se detecta un bajo nivel de conocimientos en cuanto a evitar el consumo de ciertos alimentos por motivos de seguridad alimentaria, especialmente frente a riesgos químicos.

INVESTIGACIÓN PRELIMINAR: RESULTADOS PARA LA ACCIÓN:

1. Se pone en evidencia la existencia de multiplicidad de instituciones y profesionales que trabajan sin coordinación.
2. Se identifican puntos débiles en la atención materno infantil en colectivos vulnerables.
3. La lactancia materna precisa medidas de apoyo institucional, con especial incidencia en las clases sociales más desfavorecidas (madres adolescentes, con bajos ingresos, con menor nivel de educación e inmigrantes).
4. La alimentación de las mujeres embarazadas y en lactancia presenta serios déficits para cubrir correctamente las necesidades nutricionales de este periodo.
5. Los conocimientos en seguridad alimentaria y nutricional son deficientes.
6. Los canales de información sobre hábitos saludables, por frecuencia de uso, son los profesionales sanitarios, familiares e internet.

EVALUACIÓN DE PROCESO:

- **Evaluación cuantitativa:** Indicadores y valores medios al año:
 - Número de solicitudes de participación: 7 grupos/año
 - Número de centros de salud/profesionales sanitarios/docentes que participan: 5 centros de salud; 7 centros educativos.
 - Perfil de los/as participantes: mujer, en edad reproductiva y pobre, excluida o vulnerable.
- **Evaluación cualitativa:** mediante observación directa y cuestionarios a los participantes (Ver material audiovisual)
 - Valoración por los profesionales sanitarios y las madres lactantes.
 - Valoración de la adecuación de la metodología y los materiales.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS (Consultar material audiovisual) medida de la consecución de los objetivos propuestos. Se llevará a cabo mediante el análisis de datos de:

- **Evaluación cuantitativa** medida de la prevalencia de mantenimiento de lactancia materna exclusiva en participantes en las intervenciones. Evaluación de adherencia a la dieta mediterránea (Cuestionario Predimed). Cuestionarios inicial y final. Cuestionario inicial y final de valoración de estilo de vida, nivel de actividad física, calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción de las participantes.
- **Evaluación cualitativa:** recogida y análisis del discurso de los/las profesionales sanitarios y de información durante el desarrollo de las actividades sobre opiniones más relevantes, cambios identificados y propuestas finales (ver documentos gráficos)
 - Se ha conseguido la participación de representantes de una amplia gama de sectores mediante la implantación de un proceso de toma de decisiones conjunta.
 - El consumo de algunos alimentos críticos es insuficiente, siendo superior en inmigrantes (Consumo adecuado de frutas: 47% vs. 33,2%; verduras: 31,5% vs. 18,7%).
 - Se han implementado 10 talleres (3 centros de salud, 1 mujeres gitanas, 3 magrebíes y 3 multiculturales), 230 horas de intervención, para 300 mujeres con 79% adherencia.
 - El programa ha mejorado los conocimientos de más de la mitad de las mujeres (61%) y el 30% manifestó que el programa les ofreció información que no podían obtener de otro lugar.
 - El 40% refieren que con las actividades del programa los hábitos saludables parecen más atractivos, divertidos y fáciles de lograr.
 - Las mujeres vulnerables dieron al proyecto una valoración más positiva que las mujeres no vulnerables.
 - Todos los indicadores de consumo de alimentos y bebidas críticas en esta etapa mejoran tras la intervención en cifras próximas al 50%.
 - Se incluyen como propósito (Etapa de contemplación del cambio) otros indicadores de hábitos saludables como incremento de actividad física, medidas para paliar el estrés, o mejorar un consumo saludable.

LECCIONES APRENDIDAS PARA AVANZAR EN LA ACCIÓN:

- Para alcanzar a los grupos desfavorecidos, es necesario colaborar con personas (mediadores o profesionales de referencia) que ya estén trabajando con ellos y que tengan acceso a sus comunidades y gocen de su confianza.

- Desarrollar sinergias permite aprovechar las iniciativas, servicios y proyectos locales existentes.
- Es preciso motivar y capacitar a todos los colaboradores, el programa resiste o cae con su entusiasmo.
- Aplicar un enfoque comunitario sociosanitario, incluir facilitadores (mediador/a cultural, ludoteca, consolidación de red de iguales y apoyo mutuo), colaborar con líderes sociales y contextualizar según diagnóstico previo facilita la participación, la adherencia y aumenta la efectividad.
- Las intervenciones eficaces incluyen actividades en las que se promueve la participación activa de los iguales que permitan a las personas hablar y compartir vivencias.
- Cuando se usan herramientas interactivas o web 2.0 es necesario actualizarlas con regularidad con la información pertinente y las actividades e involucrar a las mujeres en el diálogo en línea, así como en las actividades reales.

8. CONTINUIDAD Y SOSTENIBILIDAD

El programa Juntos continuará aplicándose mientras se retroalimente la red de profesionales y la estructura metodológica que lo sustentan y avalan puesto que el coste estimado por familia es bajo, de entre 50-70€ y cuenta con financiación propia del presupuesto de los Servicios de Salud Pública del Ayuntamiento de Murcia

9. PLANTEAMIENTO INNOVADOR Y ORIGINAL

El aprendizaje es experiencial, construido a partir de la propia cotidianidad de las mujeres/familias participantes, para lo que se ha realizado un exhaustivo trabajo previo.

El aprendizaje es integral, una mezcla de salud y relación de ayuda entre iguales.

Destacan las siguientes claves de orientación estratégica:

1. El enfoque de determinantes sociales, equidad y comunicación en salud implica el **encaje** del programa en la actual **Estrategia Nacional** de Promoción de la Salud y Prevención.
2. Gestionado desde la administración más cercana, lidera la implantación de acciones

adaptadas a un escenario específico y a la cultura local.

3. Intersectorial **con alianzas interdepartamentales e interadministrativas**. Incorpora aspectos de clara evidencia en promoción y protección de la salud, como la participación comunitaria, la accesibilidad, las alianzas y la intersectorialidad. Esto refuerza las sinergias con los actores del entorno con capacidad de decisión e influencia en los campos social, asistencial, universitario y profesional. **Multidisciplinar**: expertos de educación social, educación para la salud, seguridad alimentaria, salud pública. **Integralidad de las intervenciones** de atención primaria (centros de salud), especializada (hospital de referencia) y salud pública (servicios de salud municipales) y dando continuidad al consejo de atención primaria de apoyo al cambio de hábitos.
4. De **largo recorrido y Sostenible**. Dispone de dotación presupuestaria propia. La alta implicación y las sinergias creadas entre los agentes involucrados avalan su continuidad.
5. Incorpora **metodologías cualitativas** que tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud y las percepciones. La colaboración con equipos de investigación universitarios posibilita la transferencia **de la investigación a la acción** para conseguir una mejora continua. Incluir las **percepciones** en los proyectos de modificación de hábitos de vida. Formato taller **“aprender haciendo”** de las intervenciones como suma de acciones informativas, educativas y operativas
6. Integración de la **equidad** en las intervenciones municipales. Metodológicamente **transferible**, con posibilidad de implantación en otro contexto o territorio.
7. Este programa ayuda a las familias, a los profesionales, a las instituciones y a la sociedad en su conjunto a ser más justa y equitativa en la salud de las futuras generaciones.

10. CRITERIOS DE EQUIDAD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Sabiendo que los grupos de nuestra población tienen necesidades diferentes y que algunos de ellos no se benefician de nuestras actuaciones a no ser que pongamos en marcha medidas concretas para llegar a ellos, este programa considera la equidad como un eje transversal, teniendo en cuenta la población diana ya descrita y personas con aislamiento geográfico o urbanístico, **con diversidad funcional/discapacidad** y con creencias o ideologías minoritarias.

Se contempla la Participación Social en el diseño y desarrollo de las actividades mediante la realización de una reunión con todas las personas implicadas donde se explican las líneas organizativas generales y se concretan aspectos formales. En los cuestionarios de evaluación se incluyen preguntas abiertas para recoger opiniones de mejora y sugerencias en el diseño.

En este programa, la perspectiva de género es proactiva para facilitar la **participación masculina** y reforzar el papel del padre en la salud tanto de la madre gestante como de los hijos/as en la primera infancia.

MATERIALES GRÁFICOS: ANÁLISIS DEL DISCURSO EN VÍDEOS DESCARGABLES

<https://drive.google.com/open?id=1HEBjIFlx2x1c3YU0uqc63kvcuculEWLE>

<https://drive.google.com/open?id=1V7Xve9uHSmmbrHlwA7X2HLT1qieaBnMu>