

TÍTULO: "Juntos: sano para ti, sano para los dos"
Programa de promoción de salud materno infantil en poblaciones vulnerables

ENTIDADES COLABORADORAS:

El Programa "Juntos" surgió como un proyecto piloto europeo de investigación/acción para el fomento de estilos de vida saludables en la edad reproductiva (preconcepción, embarazo, lactancia y primera infancia). Tiene en cuenta específicamente a la **población vulnerable por razones de clase social ocupacional** (ingresos, nivel de estudios, ocupación) y **demográficas** (adolescentes, inmigrantes).

Para adaptar e implementar el programa en el ámbito municipal, se adoptó un modelo para organizar la acción intersectorial basado en la creación de una **estructura colaborativa Grupo de Promoción Local (GLP)** y se cuenta con **multiplicadores locales** cuyos miembros tienen trayectorias y fortalezas complementarias y distintos puntos de partida en proyectos relacionados con el objetivo de "Juntos" en el municipio. Se solicitó la participación 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 pertenecientes a colectivos vulnerables o desfavorecidas.

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.

SITUACIÓN PREVIA A LA ACTUACIÓN (Diagnóstico):

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.

El periodo perinatal es una importante oportunidad para que las mujeres adopten hábitos más saludables durante el embarazo y lactancia y convertirse así en promotoras activas de la alimentación saludable y la actividad física regular en sus familias.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Murcia presenta 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.

Igualmente, el 47% de las mujeres de Murcia en edad reproductiva son sedentarias. En el caso de mujeres de otras nacionalidades esta prevalencia se incrementa hasta el 53%, y en el tramo de formación y ocupación inferior llega al 56%.

Además del exceso de peso, también son muy frecuentes factores de riesgo cardiovascular como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc. todos ellos modificables con estrategias de intervención sobre los estilos de vida.

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 Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades sanitarias recomiendan la lactancia **materna exclusiva** durante los primeros 6 meses de vida, y la complementación con otro tipo de alimentos hasta los 2 años o más. A pesar de sus beneficios, según la última Encuesta Nacional de Salud, el porcentaje de lactancia materna en España es muy bajo (28,5% a los 6 meses).

En la misma línea, un cuestionario de seguimiento de salud infantil realizado sobre 374 niños/as en escuelas infantiles de Murcia, indica que 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.

Aunque el problema es mayor en los sectores sociales más desfavorecidos, sin embargo el acceso a los programas es significativamente menor. Esta situación nos llevó a diseñar actuaciones que prioricen la accesibilidad (oferta en horario de tarde, distribución geográfica equitativa de los centros donde se desarrollaba el programa, etc.).

POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo del programa son las mujeres en edad reproductiva, con especial incidencia en el estrato de población vulnerable.

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%, con la siguiente procedencia por grandes grupos:

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 36% frente a un 28% 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, según la siguiente distribución:

Mujeres extranjeras: 13.500 (5.500 sudamericanas, 4.000 marroquíes, 4.000 europeas del este)

Mujeres Gitanas.1.050.

Mujeres autóctonas en riesgo de pobreza y exclusión: 3.500.

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.

ÁMBITO TERRITORIAL

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.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN INICIAL EN LA POBLACIÓN OBJETIVO

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:

- Los distintos profesionales reclaman vías de coordinación y trabajo en red, así como herramientas para una comunicación eficaz con las mujeres.
- Las mujeres árabes y gitanas necesitan mediación intercultural
- Para trabajar con adolescentes se precisa una intervención diferenciada por edades.
- 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.

- 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.

- 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.
- La frecuencia de consumo de frutas también está infrarrepresentada en la dieta del 64,8% de la muestra.
- 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.
- 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

- Se pone en evidencia la existencia de multiplicidad de instituciones y profesionales que trabajan sin coordinación.
- Se identifican puntos débiles en la atención materno infantil en colectivos vulnerables.
- 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).
- La alimentación de las mujeres embarazadas y en lactancia presenta serios déficits para cubrir correctamente las necesidades nutricionales de este periodo.
- Los conocimientos en seguridad alimentaria y nutricional son deficientes.
- Los canales de información sobre hábitos saludables, por frecuencia de uso, son los profesionales sanitarios, familiares e internet.

OBJETIVOS PERSEGUIDOS CON LA ACTUACIÓN:

El objetivo general es mejorar la salud de las mujeres en edad reproductiva y la de sus futuros hijos, fomentando hábitos saludables, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y OPERATIVOS:

- Promover que los hábitos saludables formen parte del estilo de vida de las mujeres en la etapa reproductiva.
 - o Concienciar a las mujeres de la importancia de su alimentación, actividad física y consumos nocivos en el desarrollo y salud de su hijo y en la suya propia.
 - o Establecer intervenciones socioeducativas que capaciten a las mujeres para asumir un mayor control sobre su salud y bienestar y convertirlas en promotoras de salud.
 - o Fomentar los autocuidados y generar habilidades favorecedoras de bienestar.
 - o Promover el apoyo mutuo mediante espacios físicos y virtuales de encuentro y participación entre mujeres.

- Apoyar, proteger y promover la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y complementadas hasta los 2 años
 - o Identificar y fomentar los grupos de apoyo a la lactancia materna.
 - o Sensibilizar y comunicar los beneficios para la madre y para el bebé, incidiendo en todos los aspectos relacionados con la salud, la economía y el desarrollo sostenible.
 - o Mejorar la accesibilidad a información contrastada y suficiente para facilitar la libre toma de decisiones sobre lactancia.

- Promover que los estilos de vida saludables entre las mujeres jóvenes y la lactancia materna entren a formar parte de la cultura local.
 - o Lanzar iniciativas comunitarias con acciones de alto impacto destinadas a despertar la conciencia colectiva sobre las consecuencias para la salud pública.

- Poner a disposición de los profesionales implicados recursos consensuados de apoyo para la educación maternal.

- Reducir las inequidades.
 - o Conocer las diferentes barreras (condicionantes culturales, sociales, económicos, etc..) de las mujeres para adoptar un estilo de vida sano en esta etapa.
 - o Facilitar el acceso a los recursos de salud.

- Desarrollar y mantener la intersectorialidad.
 - o Atraer la participación de otros sectores para crear alianzas eficaces.
 - o Asegurar la visibilidad de la iniciativa intersectorial
 - o Aglutinar la oferta de programas preventivos en la ciudad y constituir la referencia en el municipio.
 - o Favorecer el contacto horizontal y vertical entre instituciones, la sostenibilidad de las actuaciones, la efectividad y la eficacia.

DESCRIPCIÓN (Actuaciones realizadas en consonancia con los objetivos planteados):

La **población diana** son mujeres 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.

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.

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:
 - Grupos focales: análisis del discurso de un grupo de mujeres embarazadas, otro de lactantes y un tercero de profesionales relacionados con la maternidad y la alimentación. Diagnóstico de situación social y cultural en la ciudad.
 - Cuestionario sobre hábitos, creencias, actitudes y propósitos: para conocer su adecuación a las recomendaciones y detectar oportunidades de intervención.
3. Constitución de un grupo de promoción local (activos comprometidos con el objetivo del programa): Representantes del sector salud: salud pública municipal, centros de salud y hospitales; redes de servicios sociales, universidades, asociaciones de la comunidad, ONG, 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. Realización de reuniones/talleres de consenso y empoderamiento para profesionales multiplicadores y validación de herramientas.
5. Jornadas públicas de difusión: conferencias y mesas redondas con participación de componentes del GLP para visualizar la participación y coordinación.
6. Diseño y aplicación de intervenciones grupales concretas adaptadas al diagnóstico de necesidades, colocando a la población desfavorecida en el epicentro de las actividades. Talleres con contenidos biopsicosociales y 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.
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.

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.

Las actividades están diseñadas fomentando que las madres se conozcan entre ellas y pueden apoyarse mutuamente en la comunidad. Se diseñaron y aplicaron talleres de entre 6-12 sesiones con cuatro factores priorizados: alimentación, actividad física, bienestar emocional y seguridad del entorno. La sesión de cierre contaba con un obsequio de fruta y aceite y un encuentro lúdico con alimentos elaborados por las participantes.

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

Tabla 1. Modelo de Talleres

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

7. Diseño y difusión de herramientas web para facilitar la participación y encuentro entre iguales: grupos de Facebook.
8. Uso de 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.

RESULTADOS OBTENIDOS (Evaluación):**EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN**

- 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 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.

OTROS ASPECTOS RELEVANTES A DESTACAR:

El programa cuenta con 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.
7. Metodológicamente **transferible**, con posibilidad de implantación en otro contexto o territorio.